



**CONTROL DEL CÁNCER,
ACCESO Y DESIGUALDAD
EN AMÉRICA LATINA**
Una historia de luces y sombras

Realizado por
encargo de:



ÍNDICE

- 2** Acerca de este informe
- 4** Resumen ejecutivo
- 9** Introducción: El problema del cáncer en América Latina
- 23** **CAPÍTULO 1**
La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS): ¿cuáles son las características del buen control del cáncer?
- 27** **CAPÍTULO 2**
Programas nacionales de control del cáncer: una herramienta vital subutilizada
- 32** **CAPÍTULO 3**
Datos sobre el cáncer: Avance claro, pero insuficiente
- 38** **CAPÍTULO 4**
Prevención, *screening* y detección temprana: progreso y estancamiento
- 46** **CAPÍTULO 5**
Presupuestos y recursos para el control del cancer: Urgente necesidad de invertir hoy y en el futuro
- 57** **CAPÍTULO 6**
Cómo superar la ineficacia y la desigualdad: mucho por hacer a pesar del progreso
- 67** Conclusión: Centralizar y descentralizar la atención para el cancer
- 70** **APÉNDICE: Metodología**

ACERCA DE ESTE INFORME

Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras es un informe elaborado por The Economist Intelligence Unit por encargo de Roche, que examina las iniciativas en pos del control del cáncer en América Latina. Analiza detalladamente los aspectos destacados y las brechas existentes que enfrentan los gobiernos de América Latina en su lucha contra el cáncer y en su esfuerzo por ofrecer prevención y atención accesibles a la población. El informe se centra en particular en 12 países de América Central y América del Sur escogidos por diversos 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.

Asimismo, este estudio presenta una herramienta de vital importancia para las partes interesadas que procuran comprender esta área: la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (*Latin America Cancer Control Scorecard*, LACCS). La LACCS se basa en un notable trabajo de investigación para calificar el desempeño de los 12 países que componen el estudio en diferentes áreas de relevancia directa con respecto al acceso para el control del cáncer. Además de la tabla de calificaciones, el presente informe recurre a su propia investigación, profusa y realizada en forma independiente, y a 20 entrevistas a expertos en cáncer de la región y del mundo entero.

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

- Juan Pablo Barés, presidente, FUNDACÁNCER, Panamá
- Eduardo Cazap, fundador y primer presidente, Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica, Argentina
- Gonzalo Vargas Chacón, coordinador, Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer, Costa Rica
- Alessandra Durstine, directora, Catalyst Consulting Group, y ex jefa de Defensoría, American Cancer Society (Estados Unidos), Estados Unidos de América
- Jorge Jiménez de la Jara, profesor de Salud Pública, Universidad Católica de Chile, y ex ministro de Salud, Chile
- Felicia Knaul, profesora, Departamento de Ciencias de la Salud Pública, Facultad de Medicina Miller; directora, Instituto para el Estudio Avanzado de las Américas, Universidad de Miami; presidente fundadora, Tómatelo a Pecho, México; y presidente, Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer
- Gilberto de Lima Lopes, director médico de programas internacionales y director adjunto de oncología global, Sylvester Comprehensive Cancer Center, Facultad de Medicina Miller, Universidad de Miami
- André Cezar Medici, economista sénior especializado en salud, Banco Mundial, Brasil
- Alejandro Mohar, exdirector, Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México

CONTROL DEL CÁNCER, ACCESO Y DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA

UNA HISTORIA DE LUCES Y SOMBRAS

- Raúl Murillo, director, Centro Javeriano de Oncología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- Roberto Pradier, director, Instituto Nacional del Cáncer (INC), Argentina
- Wilson Merino Rivadeneira, coordinador, Red Nacional de Organizaciones de Pacientes Oncológicos, Ecuador
- Arturo Rebollón, director, director, Registro Nacional de Cáncer, Panamá
- Julio Rolón, director, Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), Paraguay
- Milton Soria, jefe, Unidad de Patología, Instituto Nacional de Laboratorios en Salud, Bolivia
- Ted Trimble, director, Centre for Global Health del National Cancer Institute de Estados Unidos
- Alejandro Gaviria Uribe, ministro de Salud y Protección Social, Colombia
- Carlos Vallejos, director, Oncosalud, Perú
- Nilda Villacres, directora ejecutiva, Consejo Nacional de Salud, Ecuador
- Walter Paulo Zoss, gerente ejecutivo, Red Latinoamericana de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC/UNASUR), Brasil

El presente informe fue elaborado por Paul Kielstra y editado por Martin Koehring de The Economist Intelligence Unit. El desarrollo de la tabla de calificaciones estuvo coordinado por Elly O'Brien del equipo de Atención Sanitaria perteneciente a The Economist Intelligence Unit.

Julio de 2017

RESUMEN EJECUTIVO

En América Latina, el cáncer y su control suelen presentar contrastes marcados, o bien, tal como lo expresó un experto entrevistado para este estudio, «luces y sombras». El cambio raudo acontece a la par del estancamiento pertinaz, y el progreso sustancial en algunas áreas se entremezcla con las necesidades acuciantes y aún irresueltas en otras. También se trata de una cuestión con una creciente relevancia política dentro de la región: el éxito pasado en el control de las enfermedades transmisibles ha aumentado el perfil relativo de aquellas no lo son.

El presente estudio analiza detalladamente los aspectos destacados y las brechas existentes que enfrentan los gobiernos de América Latina en su lucha contra el cáncer y en su esfuerzo por ofrecer prevención y atención accesibles a la población. El informe se centra en particular en 12 países de América Central y América del Sur escogidos por diversos factores, entre ellos el tamaño y el nivel de desarrollo económico. Estos estados, denominados «países del estudio», son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. En su conjunto, representaban el 92 % de incidencia de cáncer y el 91 % de mortalidad en América Central y América del Sur en 2012.

Asimismo, el estudio presenta una herramienta de vital importancia para las partes interesadas que procuran comprender esta área: la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (*Latin America Cancer Control Scorecard* LACCS). La LACCS se basa en un notable trabajo de investigación para calificar el desempeño de los 12 países que componen el estudio en diferentes áreas de relevancia directa con respecto al acceso para el control del cáncer. Además de la tabla de calificaciones, el informe recurre a su propia investigación, profusa y realizada en forma independiente, y a 20 entrevistas a expertos en cáncer de la región y del mundo entero. Entre los hallazgos clave se incluyen los indicados a continuación.

El cáncer ya es la segunda causa de mortalidad en América Latina, y la carga económica que exige se incrementará notablemente en los años venideros. En los 12 países del estudio, el cáncer es el causante del 19 % de las muertes en promedio, y en 2 países es el responsable de un cuarto o más de la mortalidad. En gran medida, debido al envejecimiento y al crecimiento de la población, la incidencia de cáncer y la mortalidad (si no se hace algo al respecto) en América Central y América del Sur seguirán aumentando marcadamente entre 2012 y 2035. Se prevé que la cantidad de casos aumentará en 91 % durante este período, en tanto que los casos de muerte aumentarán en 106 %. Si bien faltan datos de calidad, se prevé que los costos económicos para la región también subirán de manera significativa, sean estos costos directos de la atención sanitaria (tales como los medicamentos, la hospitalización y el diagnóstico) o costos indirectos (por ejemplo, la pérdida de productividad a raíz de la mortalidad temprana y la pérdida de días laborables).

Los perfiles del problema del cáncer varían ampliamente, y este evoluciona de manera irregular tanto según cada país del estudio como dentro del territorio de cada uno de ellos. Existe una marcada diferencia entre los países del estudio en cuanto a la incidencia estandarizada por edad, que oscila entre 132 casos en México y 251 casos en Uruguay cada 100 000 personas. Estas diferencias son igual de sorprendentes en los tipos de cáncer que enfrenta cada población. La transición epidemiológica que suele acompañar al desarrollo económico implica un aumento en el riesgo de determinados tipos de cáncer, tales como el de mama y el de próstata, y una disminución

en otros tipos, entre ellos el de hígado y estómago. Dichos cambios se están suscitando en América Latina, pero no en forma sistemática en toda la región. Por ejemplo, el perfil de cáncer de Uruguay actualmente guarda una gran semejanza con el de los países desarrollados; en tanto que el de Bolivia coincide mucho más con el de los países en vías de desarrollo. Asimismo, dentro del territorio de cada país, este cambio en los tipos de cáncer con frecuencia se encuentra mucho más avanzado en las áreas urbanas de mayor poder adquisitivo que en las áreas de menores recursos económicos: en Colombia, por ejemplo, el aumento en la incidencia de cáncer de mama suele ser un problema de mucha mayor relevancia en las ciudades que en el campo. Dado que, a menudo, los diferentes tipos de cáncer exigen distintas respuestas, quienes deciden las políticas enfrentan desafíos complejos.

Las consecuencias del cáncer varían de manera significativa en toda la región. Según los expertos entrevistados para este estudio, los países latinoamericanos tienden a encuadrarse entre los países desarrollados y el resto de los países en vías de desarrollo en cuanto al control del cáncer. Esto se ve reflejado en el índice de mortalidad por incidencia (el índice M:I), una medida en bruto, pero generalizada, de la efectividad con que los sistemas de salud detectan y tratan la enfermedad. En promedio, los índices de M:I de América del Sur (0,53) y América Central (0,55) se sitúan aproximadamente a medio camino entre los de la Unión Europea (0,40) y el Sudeste asiático (0,67). No obstante, los índices de los países del estudio cubren un amplio espectro, por ejemplo, el índice de Costa Rica (0,47) se acerca al de la Unión Europea y el de Bolivia (0,67) coincide con el del Sudeste asiático.

También existen variaciones de consideración entre los países respecto de los esfuerzos por controlar el cáncer. La LACCS examina los esfuerzos de los países en una gama de áreas pertinentes al acceso al control del cáncer, entre ellos se incluyen la planificación, las iniciativas de prevención, la disponibilidad del tratamiento, los gastos y el monitoreo. Se basa, en gran medida, en las políticas relacionadas con el acceso más que con las consecuencias. Las calificaciones obtenidas por cada país comprenden un amplio abanico. Uruguay y Costa Rica, por ejemplo, ocupan el primer y el segundo lugar con 23 y 22 puntos, respectivamente, de 30 puntos posibles; mientras que Bolivia y Paraguay se sitúan en el puesto siete y nueve respectivamente. Incluso los países que gozan de una buena posición tienen posibilidades de mejorar. Por ejemplo, la prevención y el diagnóstico temprano son inesperadamente deficientes en Costa Rica, que ocupa el segundo lugar; mientras que Chile, en el tercer puesto, tiene problemas en cuanto a la calidad de los datos. El dinero importa, pero no lo es todo: si bien existe un correlato entre las calificaciones y el producto interno bruto (PIB) per cápita, el panorama completo es mucho más complejo. Perú y Colombia, en particular, tienen un desempeño mucho mejor que el esperado dado el tamaño de sus economías; esto se debe, en gran parte, a que cuentan con planes pormenorizados de control del cáncer.

Pese a la variación en los esfuerzos por controlar el cáncer, muchos países en la franja intermedia presentan un desempeño general de similares características. Existen pocos puntos de diferencia entre el grupo de países en la franja intermedia de la LACCS: ocho países se encuentran separados por solo cinco puntos. Esto sugiere que, salvo por la escasa cantidad de líderes y rezagados, la mayor parte de la región se ubica aproximadamente en el mismo puesto cuanto se trata del control del cáncer. Sin embargo, las calificaciones por el desempeño en general enmascaran grandes diferencias entre países si se analizan los resultados individuales en los seis campos comprendidos en la LACCS: plan estratégico, supervisión del desempeño, disponibilidad de medicamentos, disponibilidad de radioterapia, prevención y detección temprana, y finanzas.

Cinco áreas prioritarias

1. Programas nacionales de control del cáncer (NCCP). Tradicionalmente, los responsables de formular políticas no prestaban mucha atención a los programas nacionales de control del cáncer (*National Cancer Control Programs*, NCCP). No obstante, esa situación ha cambiado en los últimos años. Algunos de los 12 países del estudio han puesto en práctica sus NCCP o los han reforzado a menudo con la asistencia de organismos internacionales, de modo tal que, en la actualidad, cuatro países tienen «programas actualizados», tal como lo consideran los investigadores de la LACCS. Mientras tanto, varios de los demás países se han comprometido a trabajar en ese sentido. Los expertos de la región suelen citar, en particular, el Plan Esperanza de Perú, que si bien no está actualizado, demuestra el potencial de un NCCP para concentrar recursos. No obstante, varios países, particularmente Argentina, no cuentan con programas nacionales en términos generales. Es más, a menudo no se entiende qué debe contener un programa efectivo y se carece de financiamiento para lograr que los NCCP sean más que una aspiración en varios países.

2. Datos relativos al cáncer: hasta hace poco tiempo, los países del estudio tenían una cantidad relativamente escasa de registros de cáncer basados en la población, los cuales aportan información esencial para diseñar un control efectivo del cáncer y evaluar el impacto de las iniciativas en materia de políticas. Pero en los últimos años se ha logrado progresar en ese aspecto. Por ejemplo, México, Bolivia y Paraguay o bien han puesto en práctica nuevos registros, o bien han comenzado a hacerlo; en tanto que Panamá está mejorando la calidad del registro nacional existente. Colombia, por su parte, está creando un registro nacional altamente pormenorizado. No obstante, queda mucho por hacer. Solo el 7 % de la población de los países del estudio viven en áreas cubiertas por un registro de alta calidad basado en la población. Además, las personas comprendidas no siempre son representativas de la población en su conjunto, y a veces no se recopilan datos de subgrupos importantes, como los pueblos originarios. Por último, de los 12 países del estudio, solo México genera datos de alta calidad sobre mortalidad; en tanto que, en 5 países, esta información es de baja calidad o inexistente. Es sumamente frecuente que la carencia de financiamiento o de apoyo no financiero (por ejemplo, que la normativa exija que se informen los casos de cáncer) impida lograr un mayor progreso.

3. Prevención y detección temprana: América Latina ha tenido un progreso considerable en algunas áreas específicas de la prevención del cáncer; aunque la tasa constantemente alta de diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad demuestra que queda mucho por hacer. Existe una gran cantidad de programas de concientización sobre el cáncer, pero la comprensión de los riesgos y los síntomas del cáncer sigue siendo demasiado básica e inadecuada, en especial fuera de los grupos demográficos con mejores niveles de educación. La prevención de los habitantes, es decir, el uso de regulaciones para modelar el comportamiento, ha motivado la sanción de leyes antitabaco cada vez más rigurosas. No obstante, los esfuerzos por expandir esta estrategia hacia otras áreas, tales como los impuestos al azúcar, han tenido un éxito dispar. Entretanto, se han fomentado las iniciativas para interferir con determinados agentes infecciosos que pueden ocasionar tipos particulares de cáncer mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), la principal causa de cáncer cervical. Por último, los registros del *screening* como medio de detección temprana son dispares. El *screening* no es apropiado para todos los tipos de cáncer y, para algunos tipos, el costo lo torna inadecuado en los países con un menor desarrollo económico.

Si bien cada vez más países de la región han comenzado con *screening* colorrectales, o los están contemplando, en la práctica, el cáncer de cuello del útero y el de mama son los principales objetivos de tales programas en América Latina. Los problemas con la estructura de los programas, la calidad del servicio, la infraestructura, el seguimiento y la integración con otros servicios de salud impiden utilizar mejor el *screening* en muchos países del estudio.

4. Presupuestos y dotación de recursos: los presupuestos gubernamentales destinados a la salud en América Latina son exiguos en comparación con los existentes en los países desarrollados. Es más, al distribuir tales fondos limitados, con frecuencia el cáncer ha tenido escasa prioridad. Como consecuencia de estas decisiones presupuestarias, la mayoría de los países cuenta con recursos insuficientes para enfrentar las necesidades actuales en materia de cáncer e incluso menos para las necesidades futuras o para implementar los NCCP. La dotación de personal oncológico es escasa, por ejemplo, la cantidad de enfermeros especializados en oncología capacitados en Brasil cubriría tan solo la mitad de las necesidades actuales de San Pablo. Únicamente Uruguay y Chile cuentan con suficientes equipos de radioterapia para tratar a todos los pacientes del país. Existen menos equipos de vanguardia en la región que en muchos otros países desarrollados. En tanto, el acceso a la medicación es el ámbito en el que peor se desempeñan en promedio los países del estudio. La aprobación regulatoria de terapias innovadoras, su inclusión en los vademécums o cuadros básicos, y por ende el acceso a tales terapias, es lenta, y los pacientes cada vez más deben recurrir a la justicia para conseguir medicamentos. Finalmente, los establecimientos que brindan atención paliativa suelen ser escasos y donde sí existen, por lo general, se integran de manera deficiente en la atención del cáncer.

5. Ineficacia y desigualdad: la fragmentación es la pesadilla del control del cáncer en América Latina. El historial de expansión en el acceso a la atención sanitaria ha dejado a muchos países de la región con una serie de sistemas de salud paralelos. Aunque es posible lograr buenos resultados médicos mediante una gran cantidad de proveedores, la falta de comunicación generalizada, ni que hablar de la interacción, entre estos sistemas en la mayoría de los países del estudio implica que el tipo de servicios de prevención, tratamiento y atención paliativa del cáncer a los que pueden acceder los pacientes depende del sistema al que por casualidad pertenecen. En una situación donde los recursos ya son insuficientes, esto puede ser una cuestión de supervivencia.

El problema empeora para quienes no pueden pagar un seguro privado o conseguir un seguro provisto por el sistema de seguridad social a través de su empleo. Pocos países en el presente estudio, por ejemplo, Costa Rica y Brasil, tienen lo que podría calificarse como cobertura universal de la atención sanitaria. Por lo general, otros países se esfuerzan por satisfacer, con suerte dispar, las necesidades de las personas sin cobertura de seguro. Algunos países están creando seguros especializados, tales como el Seguro Popular de México; otros ofrecen atención hospitalaria gratuita dentro de sus sistemas públicos, como Paraguay y varias provincias de Argentina. Sin embargo, el control del cáncer en las áreas rurales sigue siendo un motivo de preocupación. Estas áreas también suelen ser las más pobres de los países latinoamericanos, con todos los problemas en cuanto a seguros que esto implica. Además, los recursos humanos y los equipamientos especializados para el control del cáncer siguen estando concentrados en las áreas urbanas, de modo tal que el diagnóstico es menos probable y se suman los viáticos al costo efectivo del tratamiento para aquellas personas a las que se les diagnosticó cáncer.

MANTENER EL ÍMPETU: ÁREAS CLAVE EN DONDE LAS POLÍTICAS DEBEN GARANTIZAR EL PROGRESO

Aunque cada país tendrá diferentes circunstancias y necesidades, algunas consideraciones deberían ser comunes a todos ellos.

Planificación e implementación: en los últimos años, los programas nacionales de control del cáncer (NCCP) son cada vez más comunes en América Latina, pero en algunos países siguen faltando, y en otros existen mayormente solo en el papel. Los responsables de formular políticas deben cerciorarse de que su programa nacional de control del cáncer sea adecuado para su objetivo y que cuente con los recursos necesarios para su implementación.

Monitoreo de datos: el registro de datos ha mejorado mucho en la región, pero la mayoría de los países ofrece un panorama parcial del problema del cáncer que enfrentan. Para elaborar una respuesta efectiva, será menester que los gobiernos inviertan más en esa área.

Construir sobre la base de la prevención y el diagnóstico temprano: los programas de vacunación contra el VPH y la legislación antitabaco son logros importantes que salvarán vidas en la región. Queda más por hacer. Por ejemplo, abordar la epidemia de obesidad requerirá educación y, posiblemente, medidas regulatorias, tales como los

impuestos al azúcar. Hasta entonces, para un *screening* efectivo, se precisarán programas que se integren mejor en la prestación de atención sanitaria en general.

Gastar en lo necesario: al sopesar las prioridades contrapuestas de un gobierno, los responsables de formular políticas deben comprender que para poder lidiar con la carga actual del cáncer, y ni hablar de prepararse para su inevitable crecimiento, el presupuesto para la atención sanitaria en general, y para los recursos humanos y los equipamientos especializados en oncología deberá incrementarse.

Derribar barreras para lograr un mayor acceso: más personas de la región tienen más acceso a la atención sanitaria y al tratamiento contra el cáncer que nunca antes. Pero con demasiada frecuencia, sin embargo, aquellos que viven en el campo y quienes se encuentran en el sistema menos favorecido de atención sanitaria siguen teniendo un acceso insuficiente al control del cáncer. La región participa en varios experimentos para tratar de solucionar este problema. Los legisladores deben permanecer alerta por si alguno de ellos resulta relevante para las circunstancias de su país.

INTRODUCCIÓN: EL PROBLEMA DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA

En América Latina, el cáncer es un problema de salud pública sumamente serio. Conforme a los cálculos aproximados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), en 2012 (el último año del que se dispone de datos comparables sobre la incidencia y la prevalencia internacional) un poco más de 1 millón de personas desarrollaron la enfermedad en América Central y América del Sur, y fallecieron 550 000 personas aproximadamente. En este estudio en particular, nos concentramos en 12 países de la región, que en su conjunto representaban el 92 % de incidencia de cáncer y el 91 % de mortalidad en América Central y América del Sur en 2012: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

Lo que sostiene Roberto Pradier, director del Instituto Nacional del Cáncer (INC) de Argentina, sobre la situación en su país es aplicable a toda la región: «Alrededor de 60 000 personas mueren por año a causa del cáncer. Es una cantidad muy importante». En los países analizados en este estudio («los países del estudio»), el cáncer fue el responsable de un poco menos de una de cada cinco muertes ocurridas en 2015 (el último año del cual los datos de la Carga mundial de morbilidad elaborada por la OMS permiten hacer una comparación entre diferentes causas de muerte). Asimismo, el cáncer fue la segunda causa de mortalidad más importante, después de la enfermedad cardiovascular, en todos los países de la región, excepto en México, donde el cáncer ocupó el tercer lugar. A partir de 2012, la probabilidad de que un habitante de uno de los países del estudio muriera de cáncer antes de cumplir los 75 años de edad fue de uno en diez, aproximadamente (véase la tabla 1).

Tabla 1: Mortalidad por cáncer en los países del estudio

	1990		2015		
	Porcentaje de muertes atribuidas al cáncer	Clasificación del cáncer entre las causas de muerte	Porcentaje de muertes atribuidas al cáncer	Clasificación del cáncer entre las causas de muerte	Probabilidad de morir de cáncer antes de cumplir los 75 años de edad
Argentina	21 %	2.º	22 %	2.º	12 %
Bolivia	9 %	4.º	15 %	2.º	10 %
Brasil	12 %	3.º	17 %	2.º	11 %
Chile	21 %	2.º	26 %	2.º	11 %
Colombia	13 %	3.º	19 %	2.º	9 %
Costa Rica	19 %	2.º	23 %	2.º	9 %
Ecuador	12 %	3.º	18 %	2.º	9 %
México	10 %	3.º	14 %	3.º	7 %
Panamá	15 %	2.º	17 %	2.º	8 %
Paraguay	12 %	3.º	17 %	2.º	9 %
Perú	10 %	3.º	19 %	2.º	9 %
Uruguay	26 %	2.º	27 %	2.º	15 %
Promedio	15 %		19 %		10 %

Fuentes: Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, *Estudio de la carga mundial de morbilidad 2015 (GBD 2015)*, Herramienta de resultados GBD.

Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>; Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC); Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

Más allá de la pérdida de vidas humanas, «el costo financiero asociado al cáncer es enorme y crece cada vez más», señala Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social de Colombia. No obstante, el alcance es difícil de cuantificar, más aun dado que la transición epidemiológica está cambiando un campo de juego que ya es complejo. Un estudio elaborado por The Economist Intelligence Unit en 2009 descubrió que, por sí solos, los casos de cáncer cuestan a las economías de estos 12 países un total de USD 4 200 millones por año, incluidos los costos médicos y la pérdida de productividad laboral.¹ Según un cálculo más comprehensivo, pero menos sólido, la pérdida de horas de trabajo ocasionada por el cáncer en Chile únicamente le cuesta a la economía USD 3 500 millones por año.² Mientras que en Brasil, los gastos incurridos por el sistema de salud pública en elementos terapéuticos esenciales (cirugía, quimioterapia, radioterapia del cáncer) subieron en 66 % entre 2010 y 2015 hasta alcanzar ligeramente más de USD 1 000 millones al final del periodo.³ Todos estos datos apuntan a una carga económica considerable ocasionada por la enfermedad; aunque, probablemente, esto no alcance al costo aproximado, del que mucho se habla, pero cuyas fuentes son difíciles de conseguir, de USD 153 000 millones por año (durante el primer año posterior al diagnóstico) para América Latina.⁴

No obstante, el promedio y las cifras generales, ya sea de incidencia, mortalidad o carga económica, enmascaran una diversidad notable. En México y Bolivia, por ejemplo, el cáncer causa el 15 % de las muertes aproximadamente; mientras que, en Chile y Uruguay, es el responsable de más de un cuarto de las muertes. De igual modo, tal como lo muestra la tabla 2, la incidencia y la mortalidad estandarizadas por edad varían según cada país. Mientras tanto, existe una diversidad aún mayor en cuanto a la prevalencia de pacientes que padecen cáncer y sobrevivientes a la enfermedad, y en la cima de la tabla la diferencia es bastante considerable: en Uruguay, se le había diagnosticado cáncer a más del 1 % de la población en el lapso de los cinco años anteriores a 2012.

¹ The Economist Intelligence Unit, *Breakaway: The global burden of cancer—challenges and opportunities*, 2009.

² J. Jiménez de la Jara *et al.*, «A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy», *BioMed Central (BMC)*, 26 de enero de 2015;48:10.

³ «Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%» (En cinco años el gasto del tratamiento contra el cáncer creció un 66 %), *Estadão*, 15 de agosto de 2016. Disponible en: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,em-cinco-anos-gasto-com-tratamento-contra-cancer-cresceu-66,10000069529>

⁴ Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud y el Banco Mundial, *The Global Burden of Diseases: Country Reports on Caribbean Countries*, 2013. Citado en: OPS, «Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean», 2016.

Tabla 2: Incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en los países del estudio, 2012 (estandarizadas por edad, por cada 100 000 personas)

	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia durante cinco años
Argentina	216,7	115,1	883,8
Bolivia	143,9	90,9	417,4
Brasil	205,5	103,7	720,7
Chile	175,7	103	660
Colombia	160,6	85	501,2
Costa Rica	179,3	84,9	615,1
Ecuador	164,5	94,5	534,3
México	131,5	68,9	430,2
Panamá	148,4	79,1	498
Paraguay	147,5	91,6	446,9
Perú	154,5	92,1	462,7
Uruguay	251	144,8	1163,6

Nota: todos los tipos de cáncer, excepto el cáncer de piel no melanoma.

Fuente: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC); Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.

Un problema cada vez mayor

El problema del cáncer en América Latina es, sin dudas, serio. Hasta qué punto puede estar creciendo depende de cómo se lo mida. En 1990, cuando se atribuía al cáncer el 15 % de las muertes en promedio en los 12 países del estudio, esta enfermedad era la tercera o cuarta causa principal de mortalidad en siete de esos países. Ahora ocupa el segundo lugar en 11 países, lo cual es difícil de pasar por alto. Ted Trimble, director del *Centre for Global Health del National Cancer Institute de Estados Unidos*, afirma que: «Se reconoce que el cáncer es una carga de gran importancia para la sociedad en términos de mortalidad y pérdida de productividad económica. Se entiende este mensaje».

Esta carga relativa del cáncer que crece cada vez más, no obstante, surge en parte del progreso logrado en otros ámbitos. En particular, los esfuerzos en materia de salud pública realizados durante décadas, cuyos objetivos solían ser la atención materno infantil y la vacunación, han reducido notablemente el impacto de otras enfermedades concretas. Por ejemplo, en Bolivia y Perú se observó la mayor amplitud de la expectativa de vida promedio entre los países del estudio entre 1990 y 2015, de modo tal que estos países ganaron 11,5 años y 10,8 años, respectivamente. Cada uno se benefició sustancialmente de la disminución de la mortalidad ocasionada por la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades neonatales, que, en su conjunto, eran responsables del equivalente a 5 años de una mayor expectativa de vida en Bolivia y 3,4 años en Perú. Entretanto, si bien en los países latinoamericanos más ricos, muchas de estas mejoras se concretaron hace algunos años, en Costa Rica, un país relativamente rico, la expectativa de vida se amplió un año como consecuencia del avance en la lucha contra las enfermedades citadas.⁵

«Los sistemas de salud en América Latina son víctimas de su propio éxito en muchos sentidos. Porque han abordado en un éxito relativo los problemas de salud que requieren soluciones más simples, ahora deben enfrentar enfermedades crónicas y no transmisibles más complejas, como el cáncer», sostiene Felicia Knaul, profesora del Departamento de Ciencias de la Salud Pública, perteneciente a la Facultad de Medicina Miller, y directora del Instituto para el Estudio Avanzado de las Américas, de la Universidad de Miami y, asimismo, presidenta fundadora de Tómatelo a Pecho, un grupo de asesoramiento y concientización en materia de cáncer de mama con sede en México, y presidenta de la Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer.

Resulta menos claro si el riesgo subyacente del cáncer en general está aumentando. Es difícil conseguir series cronológicas de datos sobre la incidencia de cáncer. El CIIC ofrece los cálculos aproximados más autorizados en cuanto a la incidencia nacional, pero, dado que sus métodos de cálculo han variado con el transcurso del tiempo, las comparaciones entre diferentes años no son válidas. La mejor opción es comparar los resultados de cada registro de cáncer por separado a lo largo del tiempo, algo para lo cual solo unos pocos registros tienen datos útiles.

Un reciente estudio académico utilizó dichos datos para elaborar proyecciones. Calculó que, entre 1997 y 2006, no se habían producido cambios en la incidencia general estandarizada por edad en Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica.⁶ Sin embargo, el panorama difiere ligeramente si se observa el período comprendido entre 1990 y 2007, y se recurre únicamente a la serie cronológica de datos de todos los registros latinoamericanos por separado, que desde hace tiempo se incluyen en las series del CIIC denominadas *Cancer Incidence in Five Continents* (Incidencia del cáncer en cinco continentes), que son sinónimo del máximo nivel de calidad en mediciones del cáncer.⁷ La incidencia estandarizada por edad entre las mujeres, claramente, aumenta en el registro brasileño, pero es bastante uniforme

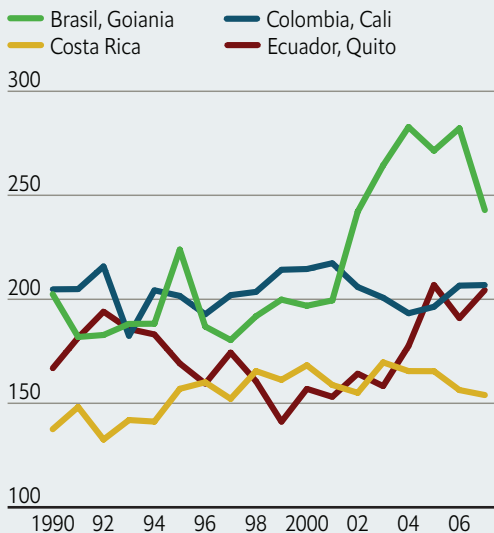
⁵ Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, «Life Expectancy & Probability of Death Data», visualización. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/le/>.

⁶ M. S. Sierra et ál., «Cancer patterns and trends in Central and South America», *Cancer Epidemiology*, septiembre de 2016; Suplemento 44, 1:S23-S42.

⁷ CIIC, *Cancer Incidence in Five Continents*. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>

Gráfico 1

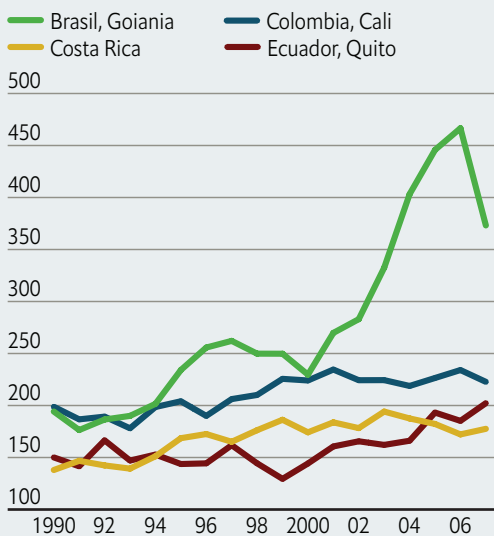
Incidencia del cáncer, sexo femenino, en países seleccionados de América Latina, 1990-2007 (estandarizada por edad para edades de 0 a 85+)
(tasa por cada 100 000)



Fuente: CIIC. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>.

Gráfico 2

Incidencia del cáncer, sexo masculino, en países seleccionados de América Latina, 1990-2007 (estandarizada por edad para edades de 0 a 85+)
(tasa por cada 100 000)



Fuente: CIIC. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>.

en Colombia y Costa Rica; mientras que disminuye y, posteriormente, aumenta de nuevo en el registro individual de Ecuador. A diferencia de lo anterior, el registro brasileño nuevamente muestra un aumento marcado de la incidencia entre hombres; en tanto que los registros de otros países también muestran un rumbo ascendente, pero entremezclado con estancamientos (véase los cuadros 1 y 2). En general, la incidencia estandarizada de cáncer en su conjunto parece ser estable, o bien, ligeramente creciente.

Esto coincide con lo que los expertos observan en la práctica. Raúl Murillo, director del Centro Javeriano de Oncología, perteneciente a la Pontificia Universidad Javeriana, de Bogotá, señala, por ejemplo, que «en América Latina, tenemos una creciente exposición a factores de riesgo. La incidencia está aumentando». Es posible que parte del problema sea la falta de datos de calidad, una cuestión significativa analizada en mayor detalle en el Capítulo 3.

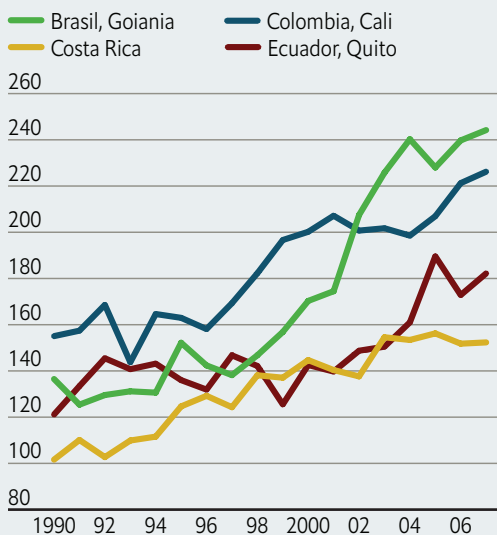
Lo que es más importante, un fuerte crecimiento del riesgo de cáncer en la región se calcula, por naturaleza, en tasas estandarizadas por edad. América Latina está envejeciendo rápido; esto se debe tanto a una mayor expectativa de vida como a una disminución constante de las tasas de natalidad. De conformidad con los datos poblacionales recopilados por la Organización de las Naciones Unidas, entre 2000 y 2015, la edad media de la población de los 12 países del estudio se elevó, en promedio, en 4,5 años; se prevé que suba cinco años más para 2030. Mientras tanto, la expectativa de vida en todos estos países, salvo en Bolivia, ya se ubica por encima de los 70 años; en siete países supera los

¹ Organización de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*, 2015.

Gráfico 3

Incidencia aproximada del cáncer, sexo femenino, en países seleccionados de América Latina, 1990-2007 (edades de 0 a 85+)

(tasa por cada 100 000)

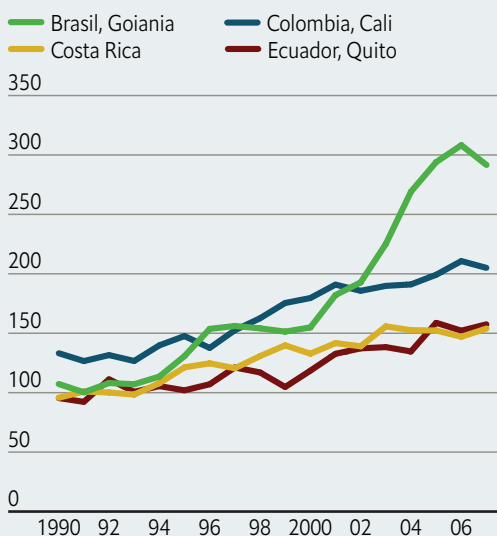


Fuente: CIIC. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>.

Gráfico 4

Incidencia aproximada del cáncer, sexo masculino, en países seleccionados de América Latina, 1990-2007 (edades de 0 a 85+)

(tasa por cada 100 000)



Fuente: CIIC. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>.

75 años, y en Chile llega a los 81,2 años. Esto no se aleja demasiado de lo que ocurre en las regiones del mundo con las tasas de longevidad más elevadas (América del Norte, Europa Occidental y Australasia), cuyo promedio actual es de 79 a 82 años.⁸

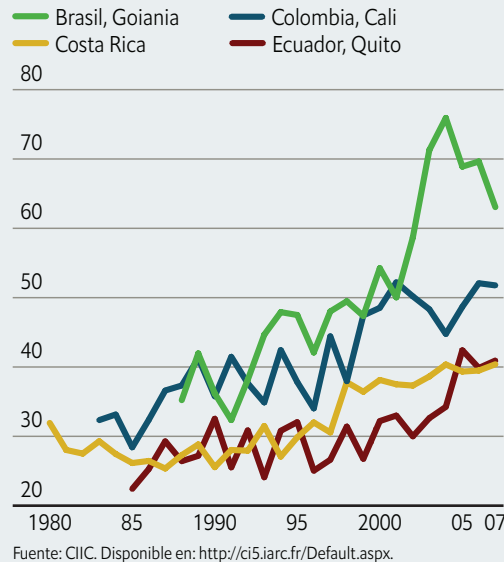
No obstante, la edad es uno de los principales factores de riesgo de muchos tipos de cáncer. Por lo tanto, desde hace décadas, la incidencia bruta de cáncer, basada en la cantidad real de casos en lugar de en la cifra ajustada por edad, ha ido aumentando rápidamente tanto en hombres como en mujeres según los registros de la región (véase el cuadro 3 y el 4). En cuanto al futuro, los cálculos aproximados de la base de datos Globocan, del CIIC, basados únicamente en el envejecimiento y el crecimiento poblacional, muestran que para 2035 podría haber casi 2 millones de nuevos casos de cáncer en América Central y América del Sur, lo cual equivale a un aumento de 91 % desde 2015. La cantidad de muertes, a reserva de los cambios potenciales en las políticas de salud, podrían llegar a 1,1 millón hacia 2035, lo cual equivale a un aumento de 106 %. Alejandro Mohar, exdirector del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), de México, espera que sea «una desafío importante para superar».

Una transición epidemiológica irregular e incompleta suma complejidad a la situación

Un aumento rápido en la cantidad total de casos será lo suficientemente difícil de abordar. Lo que resulta peor aún para dar respuesta a la enfermedad es el hecho de que los tipos de cáncer de los que hablamos están cambiando y, en algunos lugares, drásticamente. Sin embargo, para complicar la cuestión aún más, estas

Gráfico 5

Incidencia del cáncer de mama en países seleccionados de América Latina, 1990-2007
(estandarizada por edad para edades de 0 a 85+)
(tasa por cada 100 000)



mutaciones se producen a tasas irregulares entre los países de la región y dentro del territorio de cada país.

Gran parte de América Latina ha sufrido en las últimas décadas transiciones económicas, demográficas y epidemiológicas entremezcladas que son típicas de las economías emergentes de crecimiento rápido. La disminución en la carga de las enfermedades infecciosas y el aumento de la expectativa de vida, según se señala anteriormente, forman parte de esta transformación de amplio alcance. Además, los cambios de comportamiento a gran escala son, hasta cierto punto, los factores que impulsan las transiciones, y las ocasionan, lo cual tiene un efecto directo sobre el riesgo de cáncer y, por ende, sobre la incidencia.

Un ejemplo de ello es el cambio en los patrones de fertilidad. Al igual que en otras áreas que gozan de un crecimiento

económico rápido, América Latina ha sufrido una caída significativa en la cantidad promedio de niños por mujer. Por ejemplo, en 9 de los 12 países del estudio, esta cifra disminuyó en casi o más del 50 % entre el período de 1975 a 1980 y el período de 2010 a 2015. Asimismo, en 8 países, la cifra continúa disminuyendo en más del 1 % por año. Las tres grandes excepciones (Argentina, Chile y Uruguay) sufrieron caídas proporcionales más leves, ya que la reducción de la fertilidad en 1975 ya era mucho más avanzada que entre sus países vecinos.

Si bien una menor tasa de fertilidad promedio no está exenta de ventajas en cuanto a la salud, aumenta el riesgo de cáncer de mama. Por consiguiente, este cambio social permite explicar el aumento constante en la incidencia de la enfermedad estandarizada por edad en los cuatro registros latinoamericanos presentes en la base de datos del CIIC, entre los que se incluye recientemente el de Quito, Ecuador, donde la tasa nacional de fertilidad continúa siendo la tercera más elevada de este estudio (véase el gráfico 5).

Otros factores asociados al desarrollo económico también se vinculan con un mayor riesgo de cáncer. Existe un correlato entre la urbanización y una incidencia más elevada de 10 tipos de cáncer en un estudio europeo;⁹ esto es sumamente importante para el contexto latinoamericano porque, en los 12 países del estudio en promedio, más del 10 % de la población total se mudó del campo a la ciudad entre 1990 y 2015.¹⁰

Con frecuencia, el crecimiento económico está acompañado por cambios en las dietas y una disminución de la actividad física. Una medida que refleja esta situación es la proporción de la población adulta con sobrepeso u obesidad. El aumento relativo promedio de esta cifra entre 1990 y 2013 en los 12 países del estudio superó el 25 % tanto para hombres como para mujeres; los mayores

⁸. Organización de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*, 2015.

⁹. L. Sharp *et al.*, «Risk of Several Cancers is Higher in Urban Areas after Adjusting for Socioeconomic Status. Results from a Two-Country Population-Based Study of 18 Common Cancers», *Journal of Urban Health*, junio de 2014; 91(3):510-25; cálculos de The Economist Intelligence Unit (EIU) basados en la publicación *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*, 2014, de la División de Población de la ONU.

¹⁰. Basado en cálculos para los que se utilizó la publicación *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*, 2014, de la ONU.

Tabla 3: Porcentaje de adultos con obesidad y sobrepeso, 1990-2013

	1990		2013		Variación relativa entre 1990 y 2013	
	Hombres adultos	Mujeres adultas	Hombres adultos	Mujeres adultas	Hombres adultos	Mujeres adultas
Argentina	57 %	49 %	56 %	48 %	-1 %	-1 %
Bolivia	50 %	45 %	52 %	62 %	4 %	38 %
Brasil	38 %	44 %	53 %	58 %	38 %	33 %
Chile	62 %	58 %	68 %	64 %	10 %	10 %
Colombia	36 %	50 %	53 %	57 %	46 %	14 %
Costa Rica	50 %	33 %	55 %	67 %	10 %	99 %
Ecuador	38 %	66 %	40 %	70 %	7 %	5 %
México	56 %	56 %	67 %	71 %	20 %	27 %
Panamá	8 %	15 %	21 %	31 %	158 %	105 %
Paraguay	59 %	70 %	63 %	73 %	6 %	4 %
Perú	43 %	51 %	45 %	67 %	6 %	30 %
Uruguay	56 %	50 %	60 %	53 %	6 %	6 %
Promedio	46 %	49 %	53 %	60 %	26 %	31 %

Fuentes: M. Ng. *et al.*, «Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013», *Lancet*, 2014; cálculos de The Economist Intelligence Unit.

incrementos se produjeron en aquellos países donde el sobrepeso era el factor menos común al principio (véase la tabla 3). Únicamente en Argentina se observó un descenso (leve). A fines de este período, en promedio el 53 % de los hombres y el 60 % de las mujeres de estos países padecían sobrepeso. Los resultados no causan sorpresa: la obesidad se ha asociado a 12 tipos de cáncer, y en 2012 tuvo incidencia en el 2 % de los casos de cáncer en hombres en América Latina y el Caribe, y en el 6,4 % de casos en mujeres.^{11,12}

El resultado neto de todos los cambios relacionados con el desarrollo económico suele ser un aumento en los tipos de cáncer más comunes en los países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, esto incluye el cáncer de mama, de próstata y el de colon y recto. Esta tendencia se evidencia, en mayor o menor medida, en los países latinoamericanos para los cuales se dispone de datos, como Argentina, Brasil, Costa Rica, Colombia y Ecuador.^{13,14}

No obstante, las implicancias de esta transición epidemiológica no son del todo negativas para el cáncer. Así como algunos tipos de cáncer se vuelven más comunes, otros tienden a disminuir. Se destacan, entre estos tipos de cáncer, aquellos donde las causas comunes son infecciones virales o bacterianas específicas, tal es el caso del cáncer de cuello del útero (que suele producirse como consecuencia del VPH), el de hígado (que surge comúnmente a partir de la hepatitis B y la hepatitis C) y el de estómago (que con frecuencia deriva de una infección por *Helicobacter pylori*). Estas infecciones, y los cánceres consiguientes, se suelen volver menos comunes gracias a la vacunación, siempre que sea posible, y a los efectos generales de los mayores niveles de atención sanitaria que, por lo general, están disponibles en los países más ricos. Hasta cierto punto, esto es lo que está pasando en América Latina. Tal como lo muestran los gráficos que acompañan este estudio, la incidencia de cáncer de mama estandarizada por edad entre las mujeres está aumentando; mientras que la incidencia de cáncer de cuello del útero está disminuyendo en Costa Rica y Colombia (véase el gráfico 6). Del mismo modo, la incidencia de cáncer de próstata entre los hombres está aumentando, pero está disminuyendo el cáncer de estómago (véase el gráfico 7).

¹¹ Sierra *et al.*, «Cancer patterns».

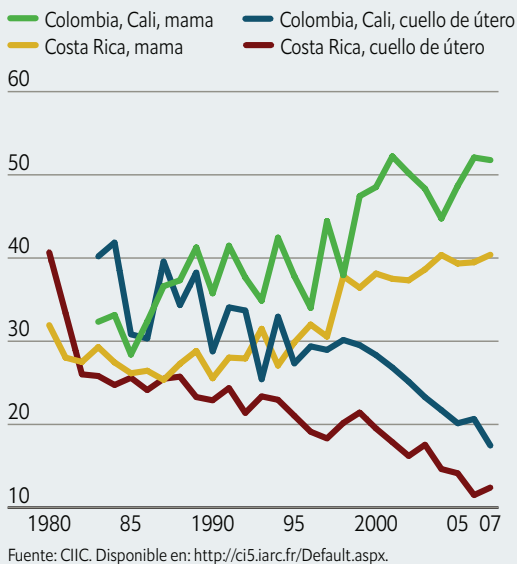
¹² M. Arnold *et al.*, «Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study», *Lancet Oncology*, enero de 2015; 16(1):36-46.

¹³ Sierra *et al.*, «Cancer patterns». J Ferlay *et al.*, *Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus*. CIIC CancerBase N.º 9, análisis en línea de tendencias temporales, CIIC, 2014.

¹⁴ CIIC, *Cancer Incidence in Five Continents*.

Gráfico 6

Incidencia de tipos de cáncer seleccionados en mujeres en países seleccionados de América Latina, 1980-2007 (estandarizada por edad para edades de 0 a 85+)
(tasa por cada 100 000)



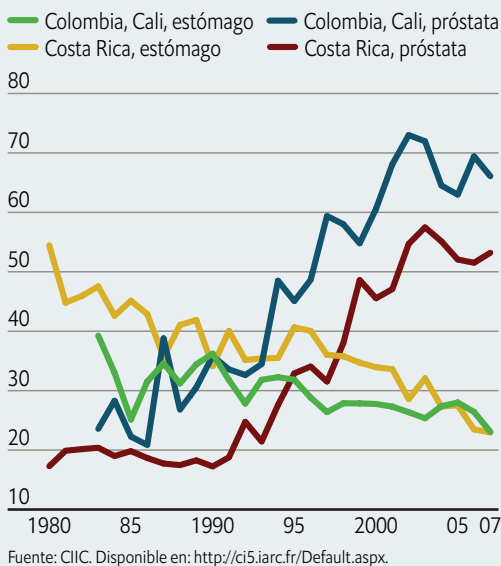
La variación (leve, en la mayoría de los casos) en la incidencia total de cáncer estandarizada por edad analizada anteriormente sugiere que el riesgo más elevado de determinados tipos de la enfermedad se equiparó a grandes rasgos con la disminución de otros tipos de cáncer, o se vio ligeramente superada por estos. El problema del control del cáncer en América Latina, no obstante, es que la transición de la prevalencia de determinados tipos de cáncer a otros tipos es tanto incompleta como altamente irregular.

En primer lugar, los cánceres asociados a niveles inferiores de desarrollo están lejos de desaparecer. En Panamá, por ejemplo, mientras que se produjo un aumento de la incidencia de cáncer de próstata y de mama entre 2000 y 2009 (superior al 2,5 % por año), la incidencia de cáncer de hígado creció aún más rápido (4 %) y la de cáncer de estómago apenas descendió 0,6 % por año.¹⁵ En términos más generales, el mejor cálculo es que el 17 % de los cánceres en América del Sur y México surgen a partir de alguna infección. Esto se acerca mucho más a la tasa promedio en los países menos desarrollados del mundo entero (23 %) que a las tasas promedio de Europa (7 %) o de América del Norte (3 %).¹⁶

De igual manera, en la actualidad, los tipos de cáncer que coinciden con los diferentes niveles de desarrollo económico con frecuencia coexisten con aquellos que tienen los niveles de incidencia más elevados en los países del estudio. En 9 de estos países, el cáncer de mama y el de cuello del útero son los dos tipos más comunes de enfermedad que afecta a las mujeres y el cuello del útero ocupa el primer lugar en Bolivia y Perú. Entre los hombres, el cáncer de próstata y el estómago son los que ocupan el primer y

Gráfico 7

Incidencia de tipos de cáncer seleccionados en hombres en países seleccionados de América Latina, 1980-2007 (estandarizada por edad para edades de 0 a 85+)
(tasa por cada 100 000)



¹⁵ M. Politis et al., «Trend Analysis of Cancer Mortality and Incidence in Panama, Using Joinpoint Regression Analysis», *Medicine*, junio de 2015; 94(24):e970.

¹⁶ C. de Martel et al., «Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis», *Lancet Oncology*, 2012.

el segundo lugar en términos de incidencia, en cinco países (véase el gráfico 4). Tal como lo expresa el Dr. Murillo, en la región «tenemos cáncer asociado a la riqueza así como a la pobreza. Tenemos un patrón mixto y no nos estamos ocupando particularmente bien de ninguno de ellos».

Tabla 4: Cánceres con el nivel más alto de incidencia, 2012

	Hombres	Mujeres
Argentina	Próstata, pulmón	Mama, cuello del útero
Bolivia	Próstata, colon y recto	Cuello del útero, mama
Brasil	Próstata, pulmón	Mama, cuello del útero
Chile	Próstata, estómago	Mama, colon y recto
Colombia	Próstata, estómago	Mama, cuello del útero
Costa Rica	Próstata, estómago	Mama, tiroides
Ecuador	Próstata, estómago	Mama, cuello del útero
México	Próstata, pulmón	Mama, cuello del útero
Panamá	Próstata, colon y recto	Mama, cuello del útero
Paraguay	Próstata, pulmón	Mama, cuello del útero
Perú	Próstata, estómago	Cuello del útero, mama
Uruguay	Próstata, pulmón	Mama, colon y recto

Fuente: CIIC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>

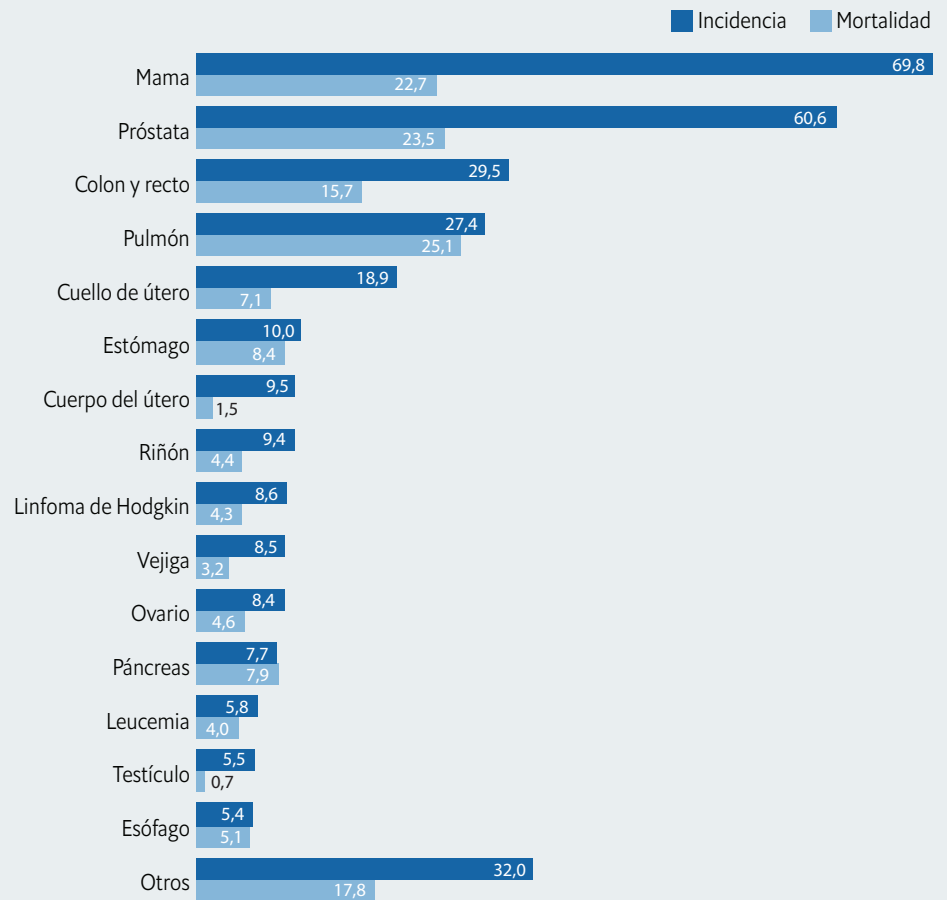
El alcance de la transición epidemiológica es altamente irregular en toda la región, lo cual suma a la complejidad. Por ejemplo, se considera que Uruguay, en gran parte, ha concluido la transición durante más de dos décadas; las incidencias de cáncer colorrectal, de próstata y de mama superaron ampliamente las de cáncer de estómago o de cuello del útero, si bien las incidencias de estos dos últimos tipos de cáncer siguen siendo mucho más elevadas que las cifras equivalentes en los Estados Unidos de América y Europa, por ejemplo. Por el contrario, conforme a los datos del CIIC, la carga del cáncer en Bolivia se acerca mucho más a la de un país en vías de desarrollo (véase el gráfico 8 y el 9). Esta información se encuentra respaldada por datos no publicados del nuevo registro de La Paz, la capital de Bolivia. Milton Soria, jefe de la Unidad de Patología del Instituto Nacional de Laboratorios en Salud, de Bolivia, explica: «Tenemos la menor incidencia de cáncer de América Latina, pero entre el 25 y el 30 % de eso corresponde al cáncer de cuello del útero». Tales diferencias no resultan sorprendentes dado que el PIB per cápita de Uruguay es cinco veces el de Bolivia.

Variaciones pronunciadas incluso dentro de cada país

Existen diferencias pronunciadas en los tipos de cáncer que afectan a las poblaciones de muchos países, lo cual agrava las dificultades que enfrentan los responsables de formular políticas. Jorge Jiménez, profesor de Salud Pública en la Universidad Católica de Chile y ex ministro de Salud, explica que el aumento general de la incidencia bruta de cáncer en la región y en cada país de manera individual «oculta grandes disparidades en relación con el tipo de cáncer, el género, los factores socioeconómicos, étnicos y ambientales». Por ejemplo, en su propio país, los dos registros reconocidos basados en la población «muestran combinaciones muy diferentes de tipos de cáncer vinculadas con diversos riesgos ambientales, tales como la mayor exposición a arsénico en el norte, junto con los mayores niveles de pobreza en el sur que permiten explicar la incidencia más elevada de cáncer de estómago».

Gráfico 8

Incidencia y mortalidad de tipos de cáncer seleccionados en Uruguay, 2012
(estandarizada por edad para ambos sexos)



Fuente: CIIC, Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*.

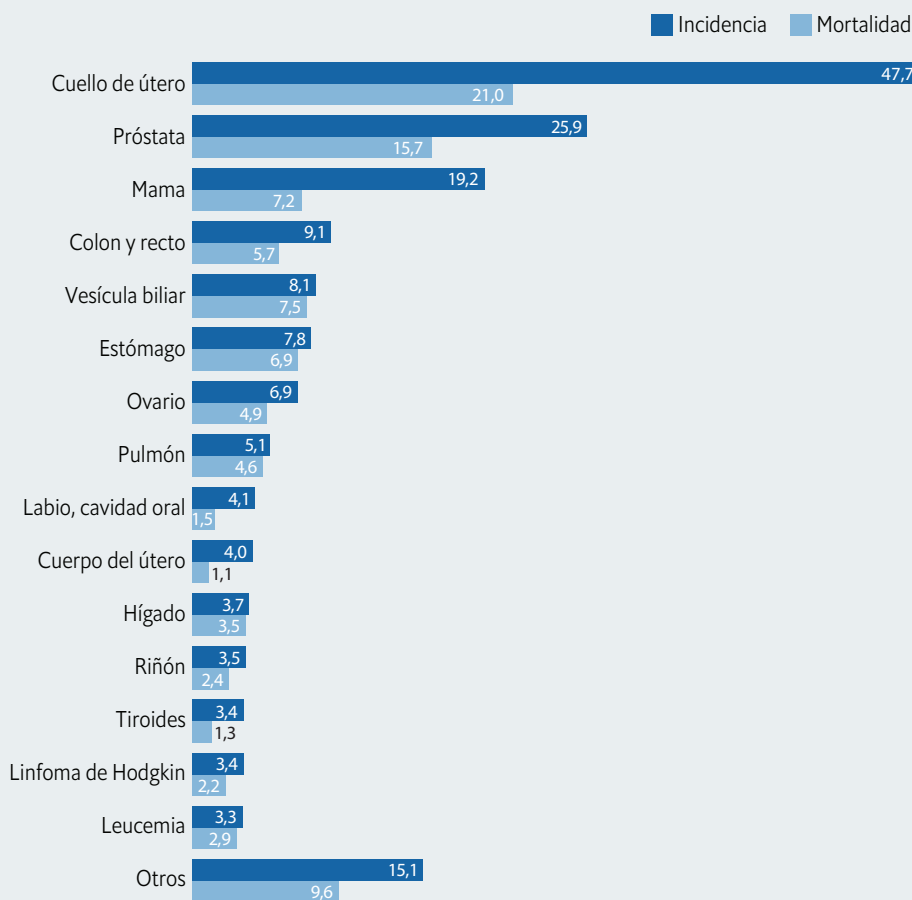
De igual modo, en Costa Rica, que tiene la menor incidencia de cáncer de cuello del útero de América Latina, existen amplias variaciones entre cada provincia. En Guanacaste, un área rural de bajos recursos, la incidencia (52,38 por cada 100.000 personas, parcialmente ajustada a la estructura poblacional) es 86 % más alta que en San José, una provincia más urbanizada y avanzada económicamente, que incluye la capital del país (28,19 por cada 100.000 personas).¹⁷ Por lo tanto, el panorama es mucho más difícil para una política en materia de cáncer. Tal como observa el Dr. Murillo: «Necesitamos diferentes enfoques para diferentes poblaciones».

Esta diversidad en la incidencia dentro de cada país se explica, en parte, porque el impacto del desarrollo económico en la transformación social y, por consiguiente, en el riesgo de cáncer, ha sido más lento en determinadas áreas, sobre todo en el campo. Por ejemplo, en la mayoría de los países del estudio, las tasas de fertilidad en las áreas rurales siguen siendo mucho más altas que en las áreas urbanas. Un aspecto igualmente sorprendente es que el porcentaje de mujeres adolescentes que tienen hijos con frecuencia también es más elevado, lo que permite explicar por qué la edad

¹⁷ I. Quirós Rojas, «The cervical cancer prevention programme in Costa Rica», *Ecancermedicalscience*, 2015; 9: 578.

Gráfico 9

Incidencia y mortalidad de tipos de cáncer seleccionados en Bolivia, 2012 (estandarizada por edad para ambos sexos)



Fuente: CIIC, Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*.

promedio del primer nacimiento en estos países es más cercana a la de África y los países en vías de desarrollo de Asia que a la América del Norte y Europa.^{18,19} Dar a luz por primera vez a una edad temprana, si bien plantea otros posibles problemas para la salud, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama. Por motivos como este, la situación de Colombia no es inusual. «Tenemos un problema creciente con el cáncer de mama en las zonas urbanas, pero no es significativo en las áreas rurales», observa el Dr. Murillo.

A su vez, los beneficios del desarrollo económico, incluso para la atención sanitaria, han sido mucho más lentos en llegar a algunas partes de América Latina. Tal como lo señala la profesora Knaul: «Esta es una de las regiones con más desigualdad del mundo». No es de sorprender que los cánceres asociados con la pobreza sigan siendo comunes en áreas específicas de un país.

Por último, la región arroja anomalías relacionadas con el cáncer que aún no se explican. Chile, por ejemplo, tiene una de las incidencias de cáncer de vesícula biliar más altas del mundo: la tasa estandarizada por edad en 2012 fue de 12,8 por cada 100 000 personas en el caso de las mujeres

¹⁸ Population Reference Bureau, «The Urban-Rural Divide in Health and Development», Ficha técnica, 2015. Disponible en: <http://www.prb.org/pdf15/urban-rural-datasheet.pdf>.

¹⁹ División de Población de la ONU, *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes*, 2013.

y de 6,3 en el caso de los hombres, en comparación con los promedios globales de 2,3 y 2,1, respectivamente. Bolivia también tiene niveles elevados de incidencia de este cáncer, pero el resto de la región se acerca mucho más al estándar mundial. No se comprenden del todo los motivos; aunque las diferencias sociales y étnicas, nuevamente, parecen tener implicancia: en Chile, quienes padecen la enfermedad tienen 26 veces más probabilidades de proceder de una región interior de menores recursos del sur del país que de la costa norte. Asimismo, a nivel individual, carecer de recursos económicos, vivir en una ciudad y pertenecer al grupo étnico Mapuche son todos factores asociados con un mayor riesgo.²⁰

Una cuestión con una creciente relevancia política

La voluntad política de abordar la cambiante problemática del cáncer se ha incrementado en América Latina, no solo en Uruguay, donde la reelección como presidente de Tabaré Vázquez, un médico especializado en oncología, en 2015 probablemente mantenga el alto perfil en cuanto a políticas en materia de cáncer. En el ámbito regional, un importante signo de progreso ha sido la existencia, desde 2011, de la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC), un organismo dedicado a la coordinación y la cooperación en la lucha contra el cáncer, conformado por representantes de los ministerios de salud y de los institutos nacionales del cáncer de los 12 Estados miembro de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y de cinco países de América Central. Según Walter Zoss, gerente ejecutivo de RINC, la organización «ya es un excelente ejemplo de cómo la colaboración regional permite a los países acelerar el progreso y mejorar los resultados mediante esfuerzos sinérgicos, pericia técnica y recursos financieros».

Mientras tanto, en la esfera nacional, el Sr. Zoss considera que «algunos países han demostrado un férreo compromiso político y han logrado mejoras sustanciales» y cita como ejemplos importantes iniciativas en Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, solo por mencionar algunas. Eduardo Cazap, fundador y primer presidente de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica, coincide: «En los últimos 15 a 20 años, el entorno político ha cambiado en varios países. Durante muchos años, el cáncer no estuvo presente en la agenda política, ni siquiera en la del Ministerio de Salud. El cáncer es muy costoso y otras enfermedades tenían prioridad». En la actualidad, por lo menos en algunos sectores de la región, existen signos de que se le presta más atención al cáncer.

A diferencia de Uruguay, el presidente de Paraguay, Horacio Cartes, es propietario de una de las empresas tabacaleras de mayor envergadura del país, por lo cual los resultados de las iniciativas antitabaco resultan predecibles. En Bolivia, según observa el Dr. Soria, «hay preocupación y concientización sobre la enfermedad, pero no hay voluntad política para abordar el control del cáncer».

Por lo menos, tales inquietudes tienen un impacto en regiones de América Latina, de modo tal que, posiblemente, refuercen aún más la decisión política. «En los últimos años, se ha ido formando la presión pública. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a la lucha contra el cáncer suelen ser débiles en la región. Eso está cambiando. Algunas se vuelven cada vez más poderosas», según el Dr. Cazap, y están cada vez más comprometidas a apoyar activamente la cuestión. Un buen ejemplo es la reciente creación de la Red Nacional de Organizaciones de Pacientes Oncológicos en Ecuador, una coalición formada por un docena de ONG ecuatorianas dedicadas al cáncer y cuyo objetivo es modificar el perfil político de la enfermedad. «Nuestro verdadero objetivo», afirma Wilson Merino Rivadeneira, el coordinador de la red, «es modificar la visión del problema».

²⁰ M. Andia *et al.*, «Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecologic study», *International Journal of Cancer*, 15 de septiembre de 2008; 123(6):1411-6.

Nuevamente, la transición es solo parcial y todavía se encuentra en una etapa temprana. Alessandra Durstine es la directora de Catalyst Consulting y, previamente, lideró las campañas *American Cancer Society (Estados Unidos)* en apoyo de los grupos de activistas de América Latina. Ella explica que, si bien la situación ha evolucionado en cierto modo, la mayoría de los grupos de pacientes son reducidos, confían en líderes individuales y se concentran en prestar servicios de asistencia a otros pacientes. Relativamente pocos, que participan en la lucha contra el cáncer de mama, el hematológico y el pediátrico, han comenzado a realizar campañas sobre cuestiones políticas. No obstante, su labor se ve impedida por las dificultades para recaudar fondos, su tamaño reducido y la necesidad de desarrollar aptitudes gerenciales y de defensoría. Quizá lo más difícil de todo, «los políticos observan con suspicacia a los grupos de activistas y estos no representan a grandes cantidades de votos», concluye Durstine.

Los resultados desiguales en cuanto a la salud señalan la necesidad de un mejor acceso al control del cáncer

La eficacia con la que responden al cáncer los sistemas de salud nacionales es casi tan variada como el desafío en sí mismo. Un indicador del éxito muy aproximado, pero comúnmente utilizado, es el índice entre la mortalidad estandarizada por edad por la incidencia estandarizada por edad, el índice M:I (véase el gráfico 10). Se basa en el supuesto de que, dada una carga de cáncer similar, se producirán menos muertes en un país con un programa de control del cáncer más exitoso. Aunque en algunos aspectos es simplista, puesto que los diferentes cánceres tienen tasas de supervivencia diferentes y no predomina el mismo tipo de cáncer en todos los países, esta ha resultado ser una medida razonable para una supervivencia de cinco años en muchos casos.²¹ Asimismo, a diferencia de la gran cantidad de datos sobre el cáncer con la que nos gustaría contar, las cifras para calcular el índice ya están disponibles.

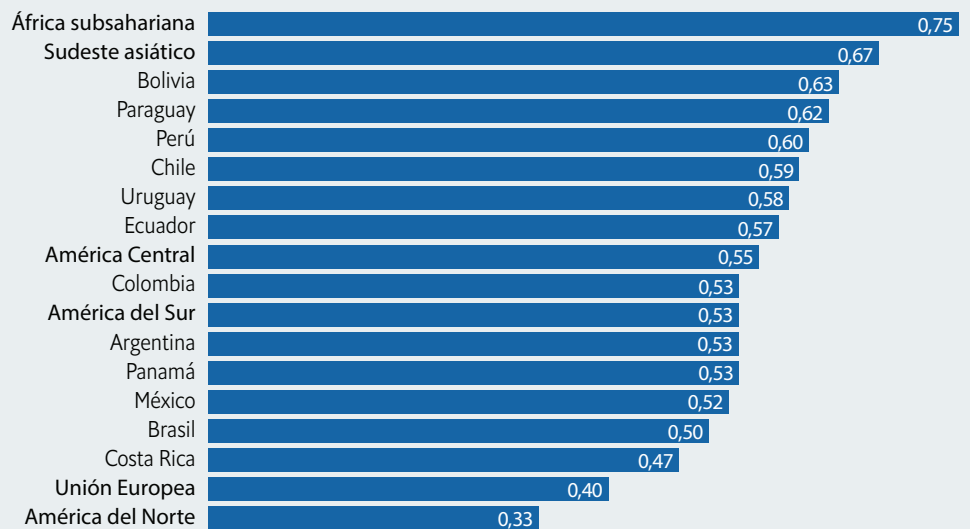
Con estas advertencias en mente, el índice M:I revela una gama notable de resultados en América Latina. El índice de Costa Rica de 0,47, el mejor entre los países del estudio, no se encuentra muy alejado del de la Unión Europea (0,40), si bien sigue estando lejos del de América del Norte (0,33). En el otro extremo del grupo del presente estudio, el índice de Bolivia de 0,63 es mucho más similar al del Sudeste Asiático (0,67), si bien se ubica cómodamente en una posición mejor que la del de África subsahariana (0,75). Esto no sorprendió a Gilberto de Lima Lopes, director médico de programas internacionales y director adjunto de oncología global del Sylvester Comprehensive Cancer Center de la Facultad de Medicina Miller, Universidad de Miami: «En general, la situación del cáncer en América Latina se encuentra en una especie de punto medio entre los Estados Unidos de América y Europa por un lado y las áreas de menores ingresos por el otro». Esto se aplica tanto a las iniciativas como a los resultados en materia de salud. El Dr. Cazap considera que «con la excepción de Europa y América del Norte, la región más activa en cuanto a iniciativas para el control del cáncer es América Latina, con todos los conflictos y desafíos intrínsecos, naturalmente».

No obstante, la desigualdad entre el mejor y el peor control del cáncer dentro de la región sigue siendo severa y tiene consecuencias fatales. Bolivia, que presenta el mayor índice M:I, tiene la segunda incidencia estandarizada por edad más baja entre los países del estudio, pero ocupa el octavo lugar en términos de mortalidad. Estas diferencias, como las existentes para la incidencia de cáncer, también se dan dentro de los países. La profesora Knaul explica: «Quienes tienen acceso pueden conseguir una atención que compite con las mejores del mundo, pero esto está a disposición solo de muy pocas personas en muchos países».

²¹ F. Vostakolaei *et al.*, «The validity of the mortality to incidence ratio as a proxy for site-specific cancer survival», *European Journal of Public Health*, 2011.

Gráfico 10

Proporción entre mortalidad general estandarizada por edad e incidencia estandarizada por edad (proporción entre M:I) en países y regiones seleccionados, 2012



Fuente: CIIC, Observatorio Mundial del Cáncer, *Cancer Today*.

Los 12 países del estudio, y los que componen América Latina en su conjunto, viven un rápido aumento en la incidencia bruta de cáncer, una variación profunda, pero irregular, en los tipos de cáncer que conforman esa carga, así como un aumento en el nivel de voluntad política y popular para enfrentar el desafío en gran parte de la región. La respuesta a este problema solo será eficaz si se logra reducir la desigualdad de acceso a la atención médica y extender los beneficios del control del cáncer a toda la población. Esto no se puede limitar simplemente al tratamiento médico, con la importancia que ello reviste. Este acceso debe, también, abarcar la prevención del cáncer, el *screening* y los servicios de atención paliativa o para sobrevivientes que satisfagan las necesidades de la población en general.

Por consiguiente, en el primer capítulo, analizaremos con qué eficacia los países del estudio promueven el control del cáncer, sobre la base de los resultados obtenidos en la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (*Latin America Cancer Control Scorecard*, LACCS) ideada por The Economist Intelligence Unit. La tabla de calificaciones se concentra en las políticas y los programas diseñados para reducir la desigualdad en el acceso a la atención del cáncer en la región. En los capítulos subsiguientes, se examinarán cinco áreas prioritarias reveladas por la LACCS: 1) los programas nacionales de control del cáncer; 2) los datos sobre el cáncer; 3) la prevención, el *screening* y la detección temprana; 4) los presupuestos y los recursos para el control del cáncer, y 5) cómo superar la ineficacia y la desigualdad.

Indefectiblemente, gran parte del análisis exigirá que analicemos de cerca la situación en países específicos (un nivel de detalle que va más allá del alcance de este informe regional). Por lo tanto, se dispondrá de informes independientes para cada uno de los 12 países del estudio.

CAPÍTULO 1

LA TABLA DE CALIFICACIONES EN MATERIA DE CONTROL DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA (LACCS): ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL BUEN CONTROL DEL CÁNCER?

Controlar el cáncer es un reto multifacético que exige una solución multifactorial. El financiamiento del tratamiento es obviamente necesario, pero ciertamente no basta. El gasto en sí mismo debe ser apropiado, cubrir una diversidad de actividades de atención primaria y especializada para que estén a disposición del mayor espectro posible de personas. Asimismo, el acceso a la atención del cáncer para toda la población requiere planificación y coordinación, recopilación de datos pertinentes para que las autoridades sanitarias sepan qué intervenciones merecen prioridad, así como actividades de prevención y servicios de *screening* que tengan el alcance más amplio posible.

Ninguno de estos requisitos es prescindible y ninguno sucede por casualidad. Son el resultado de elecciones de una política activa. Por lo tanto, analizar con qué eficacia los países abordan estas exigencias permite trazar una comparación muy general de en qué medida es posible que sus políticas promuevan el acceso.

La tabla de calificaciones

Para facilitar esta tarea, The Economist Intelligence Unit ha creado la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS) Unit. Se trata de una tabla de calificaciones exclusiva que abarca las políticas y programas diseñados para reducir la desigualdad en el acceso a la atención del cáncer. Los seis campos de la LACCS son los siguientes:

- **Plan estratégico:** se trata, en particular, de si existe un plan actualizado en materia de cáncer y si aborda específicamente el acceso desigual.
- **Supervisión del desempeño:** el alcance de un registro del cáncer de alta calidad, los datos provenientes de allí son esenciales para diseñar una política eficaz.
- **Disponibilidad de medicamentos:** la disponibilidad de un grupo representativo de fármacos clave contra el cáncer.
- **Disponibilidad de radioterapia:** La disponibilidad de radioterapia en general y en el sistema de salud pública.
- **Prevención y detección temprana:** La existencia y el alcance de los programas de prevención y, cuando corresponda, de *screening* y la detección temprana.
- **Finanzas:** La concesión de apoyo financiero y la inversión para ayudar a las personas a acceder a la atención del cáncer.

Para cada uno de estos campos, los datos se recopilaron en función de una serie de indicadores que, según se consideró, eran los que más posibilidades tenían de reflejar el desempeño nacional.

Para la supervisión, por ejemplo, esto implicó la existencia de un registro o varios, el alcance de la población cubierta y la calidad de los datos. Se otorgaron calificaciones para cada indicador. Estas calificaciones se convirtieron en una calificación combinada de hasta cinco puntos para cada campo. A su vez, se sumaron las calificaciones de cada campo a fin de obtener una calificación general para cada país (véase el gráfico 11). Se ofrece una descripción más detallada de la metodología en el apéndice de este estudio.

Los resultados de cada ejercicio son, indefectiblemente, aproximados, pero lograr una clasificación precisa de cada país no era el objetivo. En lugar de eso, el propósito es trazar un bosquejo, a grandes rasgos, de las fortalezas y debilidades de los países del estudio y la región en su conjunto. De este modo, los resultados se convierten en un punto de partida útil para el debate sobre el control del cáncer y el acceso a la atención del cáncer en América Latina.

Gráfico 11

Tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017

	Plan estratégico Calificación	Supervisión del desempeño Calificación	Disponibilidad de medicamentos Calificación	Disponibilidad de radioterapia Calificación	Prevención y detección temprana Calificación	Finanzas Calificación	Calificación del país (máx. 30)
Uruguay	4	5	3	4	3	4	23
Costa Rica	5	5	2	4	2	4	22
Chile	3	2	3	5	4	2	18
México	3	3	3	2	4	2	17
Brasil	4	3	3	1	3	3	17
Colombia	4	3	2	1	3	3	16
Panamá	2	4	2	4	3	2	16
Perú	4	4	2	1	2	2	15
Ecuador	3	3	2	3	3	2	15
Argentina	1	4	3	3	3	1	14
Paraguay	3	2	1	2	2	2	9
Bolivia	2	1	2	1	1	1	7
Calificación en el campo (máx. 60)	38	38	25	31	33	26	

Nota: Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos. Las calificaciones se han redondeado al número entero más próximo. Por ejemplo, la calificación general de Argentina es 14,46 y se redondeó a 14. La calificación total máxima de cada país es 30. La calificación total máxima de cada campo es 60.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

En los informes para cada país, se ofrecerá información pormenorizada de las fortalezas y debilidades de las políticas de cada país en relación con el control del cáncer. No obstante, cabe destacar tres puntos generales. En primer lugar, el dinero ayuda, pero las decisiones sobre políticas importan. En segundo lugar, incluso los países con un desempeño satisfactorio tienen algo para aprender. En tercer lugar, pese a las variaciones significativas en los esfuerzos por controlar el cáncer, muchos países presentan un desempeño general de similares características.

El dinero ayuda, pero...

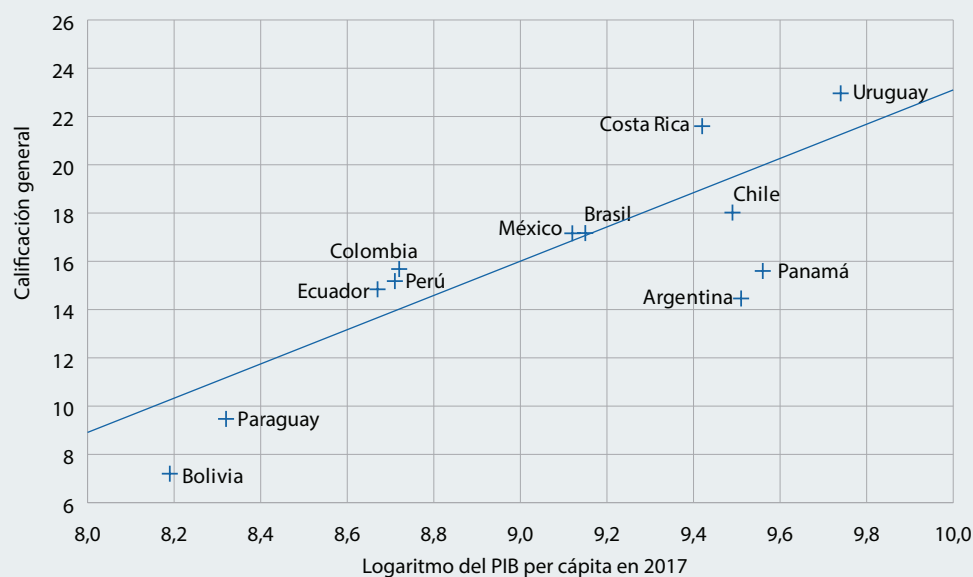
Las decisiones sobre políticas importan. Las calificaciones de la LACCS se corresponden con los ingresos nacionales a un nivel estadísticamente significativo. Esto queda claro en el gráfico que acompaña el presente estudio, en el cual se trazan los resultados de cada país frente al algoritmo del PIB per cápita correspondiente a 2016.²² No resulta sorprendente. Los sistemas de salud de los

²² Usar el logaritmo del ingreso es común en las ciencias sociales, puesto que este ajusta el impacto, con frecuencia enorme, de pequeños incrementos en el ingreso para aquellos países con grandes limitaciones financieras. También se traza un correlato entre los resultados de la tabla de calificaciones y el PIB per cápita común.

países con economías de mayor envergadura tienen más probabilidades de contar con fondos para concretar algunos aspectos a los que se les otorga una mayor calificación en la tabla, tales como ofrecer equipamiento para radioterapia. La información más destacada, que surge del gráfico 12, es que el PIB no necesariamente determina el éxito en el control del cáncer.

Gráfico 12

PIB per cápita y resultados de la LACCS



Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

En la tabla de calificaciones, Perú y Colombia tienen un desempeño mucho mejor que el esperado a partir de su PIB per cápita (tal como lo demuestra la distancia lograda por encima de la línea ajustada). Resulta igual de sorprendente que tengan casi la misma calificación general que Panamá y Argentina, incluso cuando estos dos países tienen, aproximadamente, más del doble del PIB per cápita. Tal como se analizará a continuación, Perú y Colombia son casos aparte porque «el cáncer es una prioridad para el Gobierno nacional», tal como lo afirma el Sr. Gaviria de Colombia. En consecuencia, ambos países han desarrollado políticas de control del cáncer de alta calidad y han avanzado en su implementación.

Nadie es perfecto

Si no se hace una advertencia, podría ser demasiado fácil interpretar erróneamente las calificaciones de la LACCS. El ejercicio consiste en trazar un patrón de referencia para comparar entre los integrantes de la región, no con respecto a un ideal global. De modo tal que la calificación «5» en cualquiera de las campos se debe entender como un signo de que el país tuvo un desempeño óptimo en comparación con sus pares, no que es perfecto en esta área.

La calificación global de 23 y 22 puntos, respectivamente, de 30 posibles obtenida por Uruguay y Costa Rica se debe entender en este contexto. Estos resultados son contundentes y consecuentes con las consideraciones generalizadas respecto del control del cáncer en estos países ofrecidas por los expertos entrevistados para este estudio. No obstante, si se compara a estos países con naciones de mayores ingresos, las calificaciones bien podrían diferir.

Asimismo, los países en los extremos de la LACCS presentan puntos débiles que deben abordar incluso cuando se los compara con sus vecinos regionales. Por ejemplo, Costa Rica, que ocupa el segundo lugar, no tiene tan buen desempeño en lo pertinente a la prevención como muchos otros países. «Nuestro país es uno de los mejores [en América Latina], pero nos podría ir mejor si adoptáramos mejores medidas para cumplir con las recomendaciones internacionales en cuanto a prevención y diagnóstico temprano en países de medianos recursos», observa Gonzalo Vargas, coordinador del Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer, de Costa Rica. De igual modo, Chile, si bien ocupa el tercer lugar, tiene problemas con la generación de datos.

Otro resultado sorprendente de la tabla de calificaciones es el surgimiento de tres claros agrupamientos. En la cima se encuentran Uruguay y Costa Rica y en la base, Paraguay y Bolivia. Existen pocos puntos de diferencia entre el grupo de países en la franja intermedia de la LACCS: ocho países se encuentran separados por solo cinco puntos y tres países reciben la misma calificación. Esto sugiere que, salvo por la escasa cantidad de líderes y rezagados, la mayor parte de la región se ubica aproximadamente en el mismo puesto cuando se trata del control del cáncer. Sin embargo, las calificaciones para el desempeño general enmascaran diferencias muy importantes entre los países en los resultados individuales de la tabla de calificaciones para los seis campos.

«La situación del cáncer en nuestra región está mejorando», afirma el Dr. Cazap, «pese a que todavía hay muchas brechas y repeticiones, que incluso suelen darse dentro de un mismo país». Otros expertos observan un panorama similar. Un estudio de 2015 incluido en la publicación médica *Lancet Oncology* reveló que había habido un grado de avance, incluso en los dos años previos, en varios aspectos del control del cáncer que sorprendió a los autores, antes escépticos, aunque señalaron que la problemática continuaba.²³ La tabla de calificaciones y un trabajo de investigación adicional también sacaron a la luz este patrón en reiteradas ocasiones: un avance valioso en diferentes campos combinado con necesidades sustanciales constantes. Como lo expresa el profesor Jiménez, en América Latina «hay luces y sombras en la problemática del cáncer».

Una mirada más cercana a cinco cuestiones específicas de amplia relevancia en gran parte de América Latina ilustra tanto las áreas de mejora como hasta qué punto todavía hace falta un cambio.

²³ K. Strasser-Weippl et al., «Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean», *Lancet Oncology*, octubre de 2015; 16(14):1405-38.

CAPÍTULO 2

PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL CÁNCER: UNA HERRAMIENTA VITAL SUBUTILIZADA

La OMS define al Programa nacional de control del cáncer (NCCP) como: «un programa de salud pública encaminado a reducir la incidencia y la mortalidad de los tumores malignos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer [...], mediante la aplicación sistemática y equitativa de estrategias basadas en datos para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles».²⁴ Esta descripción apunta a la naturaleza integral de los NCCP y el vocablo «equitativa» en el medio de la definición subraya la necesidad de que los programas ofrezcan un acceso generalizado para la prevención y la atención.

Una idea que goza de una popularidad cada vez mayor

Los NCCP, en el mejor de los casos, no son independientes, según expresa la profesora Knaul. Necesitan integrarse y fortalecerse mediante planes de salud, ello incluye los planes y programas nacionales o regionales para tipos específicos de cáncer; aquellos destinados a grupos de riesgo específicos dentro de la población y a factores de riesgo comunes a una gama de enfermedades no transmisibles (ENT), tales como la obesidad y el tabaquismo; aquellos que promuevan el acceso al control del dolor y los cuidados paliativos, y, lo que es más importante, aquellas políticas y reformas concebidas para expandir o universalizar la atención sanitaria de manera más generalizada. «Uno desea que los NCCP estén insertos en el fortalecimiento del sistema de salud en general, no solamente para proveer fondos para el cáncer».

Si bien los NCCP no son suficientes por sí solos para el control del cáncer, tal como el Dr. Lopes lo expresa, son «de fundamental importancia. Sin ellos uno no sabe hacia dónde ir y no puedes avanzar». El Dr. Murillo añade que un programa también es esencial para enfrentar todos los aspectos del cáncer como problema de salud pública. Por ejemplo, el control del tabaco implica la sanción de leyes, con frecuencia, más relacionadas con cuestiones ajenas a la atención sanitaria que propias de esta esfera. «Si queremos influir en algunas de estas cuestiones, debemos contar con una política de control amplia». Según el Dr. Mohar, una de las «mayores fortalezas» de un proyecto actual avanzado para el diseño de un programa nacional de control del cáncer para México es el hecho de que, si se lo adopta, permitiría al Gobierno hablar del cáncer con el «mensaje homogéneo» que el público necesita, otro resultado de la visión multisectorial de la problemática del cáncer que aporta un NCCP. Por último, un programa formal es inestimable para conservar el financiamiento del control de cáncer y, como agrega el Dr. Mohar, puede «optimizar el uso de recursos escasos». En otras palabras, no se abordará la desigualdad por azar.

En los últimos años, se ha percibido una mejora en la planificación relativa al cáncer en América Latina. «Históricamente», señala André Medici, economista sénior especializado en salud del Banco Mundial, «en la mayoría de los casos, los sistemas de salud en los países latinoamericanos no han tenido buenos

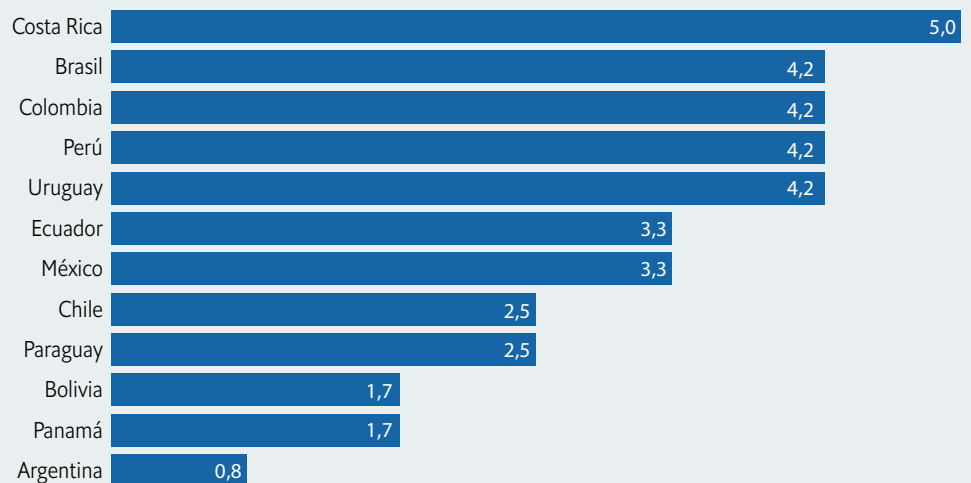
²⁴ OMS, *Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión*, 2002.

²⁵ Paul Goss et al., «Planning cancer control in Latin America and the Caribbean», *Lancet Oncology*, abril de 2013; 14(5):391-436.

procesos de planificación respecto al cáncer, pero muchos Gobiernos e instituciones públicas han comenzado a tomar conciencia de las implicancias negativas». Aún en 2013, en la mayoría de los países de la región seguía faltando un NCCP cohesivo, si bien varios países contaban con una serie de programas en preparación, y planes regionales, así como aquellos centrados en tipos específicos de cáncer.²⁵

Gráfico 13

Resultados de la LACCS en el campo «Plan estratégico», 2017



Nota: En este campo, se examina el plan estratégico existente para los servicios de oncología, incluso si cuenta con una previsión especial para resolver la desigualdad. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

Sin embargo, según nuestra investigación, 5 de los 12 países del estudio tienen NCCP integrales actualmente (el de Costa Rica es el más comprehensivo), o bien, como en el caso de Brasil, cuentan con un programa para enfrentar las enfermedades no transmisibles con previsiones detalladas contra el cáncer (véase el gráfico 13). Mientras tanto, el NCCP de México se encuentra pendiente de aprobación. El Ministerio de Salud de Perú está analizando los resultados de su reciente programa para confeccionar la versión preliminar de uno nuevo. Panamá está en plena revisión de su programa. El Ministerio de Salud de Ecuador también ha aprobado un programa nacional en materia de cáncer.²⁶ De igual modo, un estudio reciente publicado en *Lancet Oncology*, basándose en los datos de una encuesta realizada por la OMS con una definición más inclusiva de los programas relativos al cáncer que la ofrecida por nosotros, reveló que, en 2010, 9 de los 12 países del estudio contaban con programas, pero para 2014 esa cifra se había elevado a 10.²⁷

No resulta sorprendente. El Dr. Trimble ha observado «que los países tienen un creciente interés en desarrollar programas oncológicos». En Ecuador, una ONG incluso intentó impulsar el proceso. El Sr. Merino explica que su coalición en defensa de los pacientes creó un Acuerdo Nacional contra el Cáncer, conformado por 10 puntos que cubren áreas tales como las mejoras a la supervisión, la investigación, el tratamiento, la igualdad en la atención y la asistencia a los pacientes, es decir, el núcleo de un NCCP. La organización procuró el respaldo de todos los candidatos durante la reciente elección presidencial llevada a cabo en Ecuador y recibió varios, entre ellos el de Lenín Moreno, quien resultó vencedor. El Sr. Merino explica que «el Estado no se ha hecho responsable porque no tiene suficiente información. Por

²⁶ Ministerio de Salud Pública, *Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador*, Abril de 2017. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf

²⁷ Strasser-Weipl et ál., «Progress and remaining challenges».

eso, el trabajo coordinado de las organizaciones de pacientes es fundamental». Poco tiempo después de las elecciones de 2017, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador dio a conocer un NCCP que cubre muchas de estas áreas; aunque no se evidencia un nexo entre el programa y el Acuerdo Nacional.

Según Nilda Villacres, directora ejecutiva del Consejo Nacional de Salud de Ecuador, los puntos principales en los que se concentra el nuevo plan sobre el cáncer son mejorar las medidas preventivas, aumentando el screening y la detección temprana, y promover el tratamiento basado en la evidencia, la rehabilitación y la atención paliativa. «La estrategia ofrece un sólido marco de trabajo para una atención sanitaria integrada, en la cual se da prioridad a la promoción de la salud y la detección temprana», explica. «Esto repercutirá en la calidad de vida y el ahorro de recursos».

Aumenta el respaldo internacional

En medio de un interés cada vez mayor, los países que están desarrollando o mejorando los NCCP dentro de la región han conseguido un creciente respaldo internacional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por ejemplo, ha prestado asistencia en México, Panamá, Honduras y Nicaragua.²⁸

Mientras tanto, el Programa de Acción para la Terapia contra el Cáncer (*Programme of Action for Cancer Therapy, PACT*) del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), desde 2011, lleva adelante las misiones denominadas «ImPACT» en Bolivia, Colombia, Panamá y Perú. Estas misiones fueron concebidas para ofrecer un panorama integral de la situación nacional respecto del control del cáncer como herramienta en el desarrollo de mejores estrategias, generalmente incorporadas en los NCCP.

Además, el Centre for Global Health del National Cancer Institute, de Estados Unidos de América, ha llevado a cabo foros sobre liderazgo en el control del cáncer para América Latina y ha trabajado en favor del desarrollo de NCCP en Perú y México, por ejemplo.

Las tres instituciones han contribuido para fundar la International Cancer Control Partnership, con el propósito expreso de asistir en la creación de programas de control de cáncer eficaces y dotados de financiamiento. La profesora Knaul señala que «muchos actores e instituciones globales han estado trabajando a fin de brindar la asistencia técnica necesaria para los NCCP en América Latina. Este es exactamente el tipo de bien público global que permite que los países desarrollen e implementen programas relativos al cáncer exitosos, de amplio espectro y alta calidad.

Esta actividad importa. Cuando se han planificado e implementado los NCCP a conciencia, estos han tenido mejoras importantes. El Sr. Zoss, por ejemplo, dice que el NCCP de Colombia, que abarca el período entre 2012 y 2021, así como una normativa que establece estándares para los servicios integrales de control del cáncer, ha aportado un «avance significativo en los últimos años». El Dr. Murillo añade que la introducción de un programa de vacunación contra el VPH en 2013, así como las medidas antitabaco, entre ellas un reciente aumento impositivo que triplicará el precio de los productos tabacaleros, son «dos grandes beneficios surgidos a partir del programa».

Más allá de los logros específicos, unas de las mayores fortalezas de programa ha sido «haber contribuido para concentrar los esfuerzos de todos los agentes en un sistema complejo y descentralizado», según el Sr. Gaviria.

Otro ejemplo de NCCP eficaz en la región que se suele citar es el Plan Esperanza de Perú. Si bien su agenda pormenorizada concluyó en 2016, sus metas generales eran reducir drásticamente los cánceres que se encontraban en una etapa tardía mediante una mejora en la prevención, el *screening*, y el tratamiento prestado. Esto último se logró gracias a la capacitación adecuada de trabajadores

²⁸ OPS, *Accomplishments with Countries in Latin America and the Caribbean: Highlights of Region-Wide Activities*. Disponible en: <http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2013/02/s-cancers.pdf>

²⁹ T. Vidaurre et ál., «Plan Esperanza: A model for cancer prevention and control in Peru», *Cancer Control*, 2015.

³⁰ C. Vallejos, «National Plan for Prevention, Early Detection, and Cancer Control in Peru», *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 2013.

³¹ Ministerio de Salud de Perú, *Plan Esperanza: Plan Nacional Para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú*, 2012.

de la atención primaria y la expansión de servicios especializados e infraestructura. A su vez, el Plan Esperanza procuró ampliar el acceso de dos maneras. En primer lugar, otorgó un mayor financiamiento para la atención del cáncer al sistema de salud pública, que presta asistencia a la mayoría de la población, incluso cubre todos los costos del tratamiento y la medicación para los cánceres de relevancia. Sin embargo, tal como sucede en gran parte de la región, Perú demora en aprobar terapias innovadoras, con lo cual limita el acceso. En segundo lugar, Perú amplió las iniciativas preexistentes para descentralizar la atención del cáncer y aumentar la prestación más allá de la ciudad de Lima, la capital del país.^{29,30,31}

Posibilidades de mejorar

Esto es lo que puede suceder cuando un NCCP eficaz cuenta con financiamiento y apoyo político. Por desgracia, tal como lo señala Carlos Vallejos, director de la Clínica Oncosalud, de Perú, el Plan Esperanza «es único y, probablemente, el más sólido en esta parte de América Latina». En la mayor parte del resto de América Latina, el uso de este tipo de programas es inferior a lo óptimo.

En principio, la existencia de un NCCP no garantiza que sea apropiado. El Dr. Cazap considera que «en gran parte de la región, no se comprende bien qué es un NCCP. Algunos países tienen programas para cánceres específicos y piensan que eso es un programa; otros consideran que es una incumbencia únicamente del Ministerio de Salud. Sigue habiendo un problema en la comprensión de las verdaderas necesidades y la relevancia de los NCCP».

Los programas existentes no siempre están actualizados. El profesor Jiménez observa que «algunos países tienen programas anticuados, obsoletos, que no reflejan las novedades en cuanto al control del cáncer». Por ejemplo, el Dr. Soria afirma lo siguiente sobre su propio país: «En Bolivia, existe un antiguo programa escrito, pero está desactualizado. Hemos intentado ejercer el control del cáncer, pero sin un foco integral, simplemente mediante el tratamiento. Es un verdadero problema hacer que la gente entienda que debería haber un programa de control». Incluso los países que cuentan con NCCP más eficaces se topan con la necesidad de realizar una revisión constante. Pese a los beneficios del Plan Esperanza, su agenda pormenorizada concluyó en 2016. Todavía no se ha lanzado un plan de seguimiento porque los funcionarios continúan analizando los resultados de las iniciativas anteriores, lo cual explica por qué Perú no recibió la máxima puntuación en este campo en la LACCS.

Incluso cuando los NCCP están actualizados y son apropiados, no siempre se los lleva a la práctica. El Dr. Lopes explica lo siguiente: «El mayor problema con los NCCP en la región es que se los planifica y después suelen ir a parar a un cajón». De igual modo, el Dr. Trimble señala que «ha sido una lucha, en particular con la crisis financiera en los inicios de este siglo, buscar dinero para implementar» una cantidad cada vez mayor de NCCP. El nuevo programa de Ecuador, por ejemplo, si bien es muy detallado, dedica poco espacio a la forma de financiamiento que tendrá, simplemente indica que los fondos provendrán de diversos presupuestos generales para la salud pública. Aunque tal vez se lo lleve a la práctica, los problemas anteriores con el financiamiento destinado al cáncer ocurridos en el país plantean un interrogante.³² Tampoco resulta sencillo rastrear cómo se usa, o si se usa, en realidad el dinero formalmente presupuestado para la atención sanitaria en la región. Por ejemplo, un estudio que rastreó los gastos incurridos en la implementación de políticas de salud materna en cinco países de América Latina, entre ellos Costa Rica, Panamá y Perú, reveló que únicamente en el último país la información más relevante era de dominio público.³³

³² N. Villacrés, «Análisis del financiamiento de la atención del cáncer en el Ecuador: un reto para el Sistema Nacional de Salud», *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 2016.

³³ L. Malajovich et ál., «Budget transparency on maternal health spending: a case study in five Latin American countries», *Reproductive Health Matters*, junio de 2012; 20(39):185-95.

De hecho, la falta de resultados comprobables hasta el momento ocasionó que la Lancet Oncology Commission para América Latina se reservara la opinión sobre la cantidad cada vez mayor de NCCP en la región, en el informe emitido en octubre de 2015. El informe rezaba: «La información es escasa con respecto a la implementación, el éxito y las deficiencias de tales programas. Asimismo, muchos NCCP carecen de un enfoque sistémico e integral».³⁴Sencillamente, no se puede dar por sentada la implementación basándose en buenas intenciones.

Tal como lo puso de relieve la LACCS, en varios países, sigue existiendo un problema de mayor envergadura: la ausencia absoluta de algún plan sustancial, junto con la incorporación de la enfermedad en las previsiones para otros problemas de salud, tales como las enfermedades no transmisibles (ENT) en general. Si bien, por lo menos, el cáncer está recibiendo atención en estos países, tal como el Dr. Vallejos lo señala, «ser una ENT más no es beneficioso para el manejo del cáncer». Un aspecto que reviste la misma importancia para mejorar el acceso: aunque los programas oncológicos (y aquellos más generales) de la región casi siempre mencionan problemas de desigualdad, solo cuatro le conceden la suficiente atención como para obtener la máxima calificación en esta subcategoría del campo «plan estratégico».

Las cuestiones estructurales y prácticas obstaculizan la creación e implementación de los programas. En Argentina, la atención sanitaria es una responsabilidad constitucional de los 24 gobiernos provinciales. «El principal problema para el Ministerio de Salud de la Nación», sostiene el Dr. Pradier, «es convencer a las diferentes provincias a aceptar las políticas gubernamentales». Dichos desafíos pueden variar considerablemente según cada país, dadas las diferencias en la gestión pública, los sistemas de salud e, incluso, las dimensiones del país. El Dr. Cazap señala lo siguiente acerca de la planificación y el control del cáncer en términos generales: «En los países pequeños y unitarios, tales como Uruguay y Costa Rica, cuya población no supera los 10 millones de habitantes, es sencillo crear un sistema integrado y coordinado. En Brasil, Argentina o México, que tienen una mayor población y una estructura federal, cuando uno amplía las operaciones, es mucho más complicado». Por último, el profesor Jiménez agrega que el problema de la fragmentación de la prestación de la asistencia sanitaria, analizada en el Capítulo 6, hace que «la coordinación y la planificación unificada sean difíciles.

Sin embargo, un problema final en la región, que tal vez explique algunas de las debilidades en la creación e implementación de los NCCP, es que si bien se ha elevado la cantidad de programas, no se ha ganado la batalla intelectual universalmente. Esto es particularmente preocupante dada la importancia de estos planes, tal como se analiza anteriormente. El Dr. Cazap señala que, para desarrollar e implementar los programas, «se precisan las decisiones políticas y el financiamiento; lo cual no siempre sucede en nuestra región». Recuerda que en Argentina, los esfuerzos del Instituto Nacional del Cáncer para promover un NCCP se vieron obstaculizados porque «los colegas no creían que se necesitara un NCCP habiendo un Instituto Nacional del Cáncer y buenos programas para diferentes cánceres. No pudimos convencerlos de que se trataba de más que una lista de programas y medidas limitadas a los Ministerios de Salud».

En conclusión, los NCCP son esenciales para el buen control del cáncer y, tal como lo demuestra Perú, un elemento potencialmente clave para facilitar el acceso a la atención. En gran parte de la región, no obstante, es preciso reforzarlos e implementarlos genuinamente si se desea que el control del cáncer sea accesible a la numerosa cantidad de personas que lo necesitan.

³⁴ Strasser-Weippl et ál., «Progress and remaining challenges».

CAPÍTULO 3 DATOS SOBRE EL CÁNCER: AVANCE CLARO, PERO INSUFICIENTE

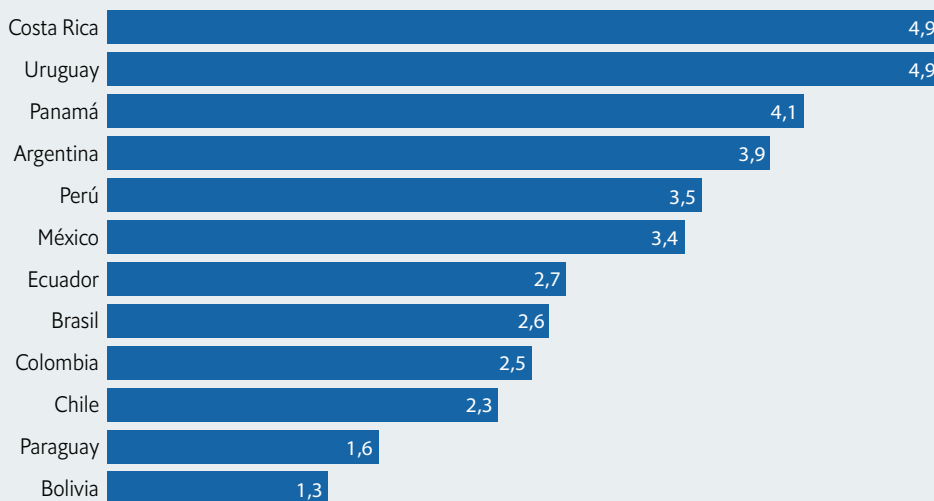
Es posible que el nexo entre el tema potencialmente árido del análisis estadístico y de la cuestión intrínsecamente emotiva de asegurar el acceso a la atención para salvar la vida del paciente de cáncer no parezca obvio de inmediato. Sin embargo, se trata de un tema profundo: comprender el grado del problema resulta esencial para abordarlo de manera eficaz.

Lo que dice el Profesor Jiménez, de Chile, podría aplicarse a la mayoría de América Latina: «Sabemos que el cáncer está aumentando, pero tenemos muchas dudas en cuanto a cómo se reúnen los datos y a su fiabilidad. Por lo tanto, no estamos seguros de dónde y cómo realizar nuestros esfuerzos para planificar y brindar servicios. Esto provoca un diagnóstico tardío y un tratamiento ineficaz». Chile, en realidad, posee actualmente diversos registros individuales satisfactorios con relación al cáncer, a pesar de que estos solo cubren una pequeña parte de la población (lo que explica su baja calificación para supervisar el desempeño en las LACCS, véase el gráfico de más abajo). Otros países incluidos en el estudio están en una situación peor.

El panorama relacionado con los datos además posee un lado positivo. La LACCS indica que el monitoreo de los datos sobre el cáncer es un área de fortaleza relativa para el control del cáncer, donde los 12 países del estudio alcanzan una calificación total de 38 sobre 60, lo que representa la calificación más alta en conjunto (junto con el campo denominado «plan estratégico») entre los

Gráfico 14

Resultados de la LACCS en el campo «Supervisión del desempeño», 2017



Nota: En este campo, se examinan la calidad y la cantidad de datos relativos al cáncer recopilados por los registros. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.
Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

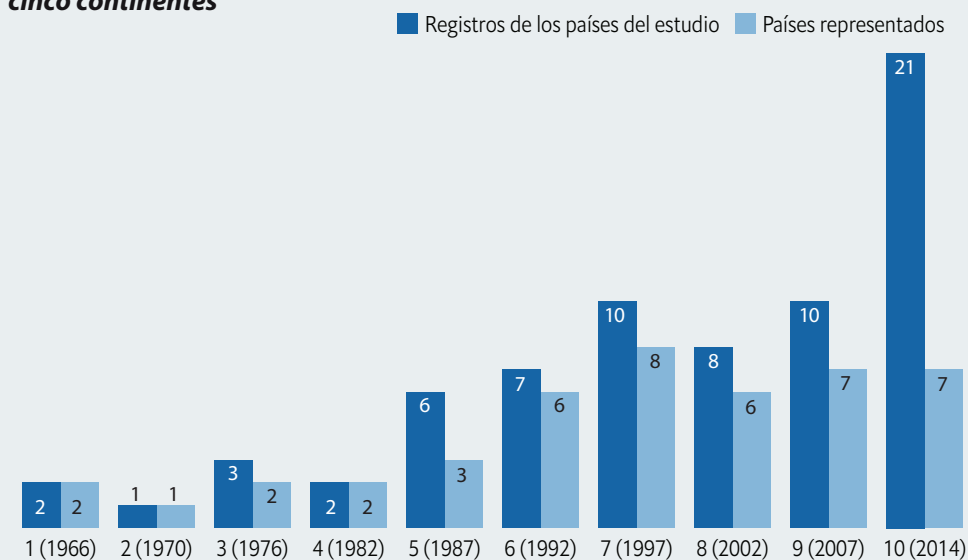
seis campos (véase el gráfico 14). Como en el caso de los NCCP, esta situación refleja un progreso innegable experimentado en América Latina, en los últimos años. Sin embargo, es importante no exagerar en cuanto al grado de avance de estos países. Como lo expresa el profesor Jiménez, las implicancias de la duda persistente acerca del panorama del cáncer en América Latina sigue siendo uno de los «problemas más serios en cuanto al control del cáncer».

Numerosos signos de progreso

De acuerdo con el Dr. Trimble, «la mayoría de los países de América Latina están trabajando para fortalecer sus registros y nexos sobre el cáncer con los registros de defunciones». Los datos lo respaldan. *Cáncer en cinco continentes (Cancer in Five Continents, C15)*, una evaluación periódica y detallada de la incidencia del cáncer, el nivel de mortalidad y de prevalencia en todo el mundo publicada por el CIIC, contiene información solo de aquellos países que cumplen con las estrictas normas de calidad de CIIC. El último número, Volumen 10, incluye 21 registros de los países bajo estudio, más del doble de la cantidad de cualquiera de los tres volúmenes anteriores (véase el gráfico 15).

Gráfico 15

Registros de países del estudio representados en cada volumen de *Cáncer en cinco continentes*



Fuente: CIIC, *Cancer in Five Continents*.

La publicación, en realidad, resta importancia al progreso alcanzado hasta el momento. A pesar de que fue publicado en 2014, el Volumen 10 únicamente comprende datos hasta el 2007. Desde ese momento, la cantidad de registros ha aumentado aún más. Por ejemplo, Bolivia estableció su primer registro en función de la población de La Paz en 2011. México estableció un registro limitado en función de la población en el estado de Jalisco y una infraestructura de registro en la ciudad de Mérida, la capital del estado de Yucatán. Además, tiene el objetivo de crear otros registros completos en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y Puebla. Si miramos hacia adelante, Paraguay ha comenzado a trabajar este año en el desarrollo de un registro nacional, comentó Julio

Rolón, director del Instituto Nacional del Cáncer de Paraguay (INCAN). Panamá, mientras tanto, ha abordado activamente sus problemas con el registro nacional que guardaba los datos fuera del CI5. En 2012 se puso en funcionamiento un registro electrónico nuevo y se realizaron otras mejoras. Arturo Rebollón, director del Registro Nacional expresó que «la meta actual es contar con datos actualizados y de alta calidad para 2018, los que se incluirán en el próximo informe del CIIC».

Colombia, por su parte, está tratando de utilizar una gama más amplia de fuentes que simplemente los registros para comprender mejor sus desafíos con relación al cáncer. En 2012 se creó el Observatorio Nacional del Cáncer de Colombia, que combina datos de los cinco registros del país. Los mismos cubren aproximadamente el 12 % de la población y cuentan con datos de todo el país a partir de una serie de fuentes gubernamentales. Dichos datos se ingresan a un sistema nacional nuevo denominado SISPRO, el cual integra información relacionada con la protección social. Entre las fuentes se incluyen el departamento de estadísticas vitales, diversos programas de salud específicos (como aquellos sobre el cáncer de mama y el cáncer de cuello del útero) e información sobre pagos realizados por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (Cuenta de Alto Costo, CAC), que paga tratamientos de una serie de cánceres comunes.³⁵

En 2014, este tema fue impulsado mediante la creación de un registro nuevo, manejado por la propia entidad CAC. Todas las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud del país deben informar a esta entidad. Actualmente, el Sr. Gaviria menciona que el registro recoge 183 variables sobre cada caso, incluso información sociodemográfica, clínica y administrativa.

El potencial es enorme. Ahora, en teoría, todos los casos de cáncer deberían finalizar con un informe detallado acerca de ellos, lo que permite contar con un amplio panorama de esta enfermedad en Colombia. No obstante, las dificultades iniciales fueron importantes. En particular, los datos gubernamentales muestran una tasa de incidencia mucho más baja; en algunos casos, solamente un octavo de ellos está asentado en los registros. Este es el caso, a pesar de que cuatro de cada cinco registros de cáncer en Colombia son de calidad suficiente como para incluirse en el CI5 más reciente.³⁶ El Dr. Murillo remarcó lo siguiente: «En este momento, el sistema debe mejorar mucho, pero a largo plazo, el mismo puede convertirse en una importante fuente de información para el control del cáncer».

Mayor cooperación internacional para aumentar la calidad de los datos

La región además está buscando colaboración internacional significativa para elevar la calidad de los datos. Esto no requiere solamente importar conocimientos: América Latina posee centros de excelencia desde hace mucho tiempo. El registro ubicado en Cali, Colombia, por ejemplo, se abrió en 1962 y es el único existente en los países en desarrollo que ha aportado datos a todos los diez volúmenes de CI5. El registro de cáncer ubicado en Costa Rica, a su vez, posee cobertura a nivel nacional desde 1980.

Durante los últimos años, entre los esfuerzos por compartir las mejores prácticas desde adentro y desde afuera de la región se puede mencionar la creación por parte de la RINC de un Grupo de trabajo para registros del cáncer en 2013. Se comprobó que fue precursora de la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer (*Global Initiative for Cancer Registry Development, GICR*), un grupo que posee varias partes interesadas, conducido por el CIIC, que establece la Incubadora de América Latina para registros de cáncer en agosto de 2016. Una de las varias incubadoras

³⁵ M. L Ospina et ál., «Observatorio Nacional de Cáncer Colombia», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2015.

³⁶ L. Eduardo Bravo, «Estimating the incidence and mortality of cancer in Colombia: What are the best data for public policies?», *Colombia Médica*, abril-junio de 2016; 47(2): 71–73.

regionales, además posee la participación activa de la RINC y de la OPS, y proporcionará asistencia y capacitación técnica para mejorar los registros del cáncer en la región. La iniciativa, coordinada por el INC de Argentina, es uno de los motivos por los cuales su director, el Dr. Pradier, cree que «la situación de los datos sobre el cáncer en América Latina está cambiando. Soy optimista».

Todavía tenemos mucho camino por delante.

Este indudable avance, no obstante, no debería opacar los desafíos constantes existentes en el área de supervisión y de utilización de datos sobre el cáncer en la región. De manera reciente, se han realizado mejoras en el contexto de esfuerzos anteriores muy escasos. Como lo explica el Sr. Zoss: «Los datos sobre el cáncer deben interpretarse con precaución en América Latina dado que, tradicionalmente, los gobiernos han prestado poca atención a los sistemas de implementación». Hacia fines de 2011, solo el 21 % de los países de toda la región, incluso del Caribe, informó algún registro de cáncer basado en la población, una cifra que se elevó al 67 % hacia 2014.³⁷

La existencia de instituciones, sin embargo, no se traduce necesariamente en una cobertura práctica. En términos generales, en 2014 solo el 20 % de los habitantes de América Latina vivía en áreas con un registro de cáncer de cualquier clase basado en la población, y solamente el 7 % vivía en un área que era considerada como de alta calidad; por el contrario, en América del Norte, la cifra es de 83 % y en Europa es de 60 %, y va en aumento.^{38,39}

El análisis de la LACCS muestra que solo cuatro de los 12 países del estudio tenían registros nacionales de cáncer basados en la población (Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay); mientras que otros tres países tenían registros nacionales basados en hospitales (Ecuador, México y Perú). Los datos de 2014 muestran que solo tres países tenían más de aproximadamente el 10 % de su población cubierta por registros de alta calidad basados en la población. Además, la proporción global de la población total de esos 12 países comprendida en dicha infraestructura era de aproximadamente el 7 %.⁴⁰ En consecuencia, en la subcategoría denominada «cobertura del registro» en el campo de «supervisión del desempeño» de la LACCS, solo Costa Rica, Panamá y Uruguay poseen las calificaciones más altas. El Dr. Lopes cree que «todavía no contamos con todos los registros basados en la población que necesitamos. Hay una gran necesidad de mejorar en todos los niveles».

Otro problema que no puede resolverse, al menos de inmediato, por el reciente crecimiento de la cantidad de registros es la continuidad de los datos. El Dr. Cazap hace notar lo siguiente: «se necesitan datos satisfactorios y confiables durante un período prolongado [para comprender la situación del cáncer]. Hasta hace un par de años, esto era un problema. Si uno estaba buscando datos que comprendieran los últimos 20 años, estos no existían en cuanto al país, a pesar de que había algunos datos de las ciudades o las provincias». El CIIC posee datos cronológicos a largo plazo de solo cuatro registros de la región. A pesar de que una mayor cantidad de estos establecimientos ayudará a disminuir este problema con el tiempo, no hay una garantía: de los 32 registros de estos 12 países que figuran en cualquier volumen de CI5, 11 ya no están incluidos, lo que indica que su nivel de calidad bajó o que dejaron de funcionar.

Finalmente, los datos sobre mortalidad son tan importantes como los datos sobre incidencia para comprender la naturaleza exacta del desafío que el cáncer presenta en un país dado. Sin embargo, la recopilación de estos datos generalmente está bajo la responsabilidad de quienes realizan estadísticas vitales en lugar de quienes son principalmente responsables del control del

³⁷ Strasser-Weippl *et ál.*, «Progress and remaining challenges».

³⁸ M. Piñeros *et ál.*, «Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2017.

³⁹ A. Forsea, «Cancer registries in Europe – going forward is the only option», *Ecancermedicalscience*, 2016.

⁴⁰ M. Piñeros *et ál.*, «Cancer registration for cancer control in Latin America».

Tabla 5: Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad de Globocan Cancer Atlas

México	Registro vital completo de calidad alta
Brasil	Registro vital completo de calidad media
Chile	Registro vital completo de calidad media
Colombia	Registro vital completo de calidad media
Costa Rica	Registro vital completo de calidad media
Panamá	Registro vital completo de calidad media
Uruguay	Registro vital completo de calidad media
Argentina	Registro vital completo de calidad baja
Ecuador	Registro vital completo de calidad baja
Paraguay	Registro vital completo de calidad baja
Perú	Registro vital completo de calidad baja
Bolivia	Sin datos

Fuente: CIIC, base de datos de Globocan.

cáncer. En este caso, además, la mayor parte de la región debe trabajar sobre este aspecto. De los 12 países incluidos en este estudio, CIIC ubica a México solamente como el país que tiene datos de alta calidad sobre mortalidad. Cuatro de los países cuentan con datos de baja calidad; además, Bolivia no posee ningún tipo de información confiable (véase la tabla 5). En el campo «supervisión del desempeño» de la LACCS, solo Costa Rica y Uruguay obtienen las calificaciones más altas para la subcategoría «calidad de datos» (si evaluamos la calidad de ambos tipos de datos, los de incidencia y los de mortalidad). La síntesis del Dr. Murillo es conveniente: «la mayoría de los países de

América Latina debe realizar un esfuerzo para obtener no solamente datos sobre la incidencia, sino también datos sobre la mortalidad a nivel nacional. La región debe mejorar mucho».

Algunas de las dificultades con relación a mejorar el registro son similares a aquellas que impiden los NCCP. Para empezar, los países más pequeños tienen una ventaja con los registros de cáncer. Tanto Costa Rica como Uruguay tienen registros nacionales que comprenden el 100 % de la población que aparece en el estudio de CI5, un grupo al que Panamá espera unirse pronto.

Para los países cuyo territorio es más extenso y con mayor cantidad de población simplemente es más difícil recolectar datos. Según el profesor Jiménez, parte del motivo, nuevamente, es superar la distancia geográfica. También juegan los desafíos de la fragmentación gubernamental en los países con mayor extensión territorial. El Dr. Pradier explica ese asunto con relación a las 24 provincias argentinas, 23 de ellas poseen al menos un registro de población. En conjunto, estos comprenden aproximadamente el 30 % de la población, pero desafortunadamente, ellos no recogen los mismos datos, ni tampoco estructuran sus datos de la misma manera, incluso en el caso de reunir los mismos datos. Sus normas de calidad varían también, y aun si el cáncer es una enfermedad que debe informarse por ley, dicha situación depende de una norma provincial, no de una de carácter nacional. Por lo tanto, según el Dr. Pradier, es muy difícil contar con un panorama nacional. Argentina recopila datos de los registros hospitalarios de todo el país, de manera similar a la Base de Datos Nacional sobre el Cáncer de los Estados Unidos de América. Sin embargo, dicha situación «no es útil a los fines de la información sobre la incidencia, sino que lo es a los fines de la calidad de la atención».

Desigualdades respecto de sobre quiénes se hace la medición

Con el fin de mejorar, los países no necesitan contar con una cobertura de datos completa. Como lo expresó la profesora Knaul: «No es necesario incluir cada ciudad, sino que es necesario contar con información de lugares claves que permitan realizar una proyección de las necesidades y del avance correspondiente a ese país». La cuestión fundamental es si los datos que están disponibles

⁴¹ J. Jiménez de la Jara et ál., «A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy», *BioMed Central*, 2015.

⁴² M. Andia et ál., «Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecologic study», *International Journal of Cancer*, 2008.

son lo suficientemente representativos y pormenorizados. A pesar de que algunos países de la región poseen un balance aceptable, muy a menudo los problemas persisten. En Chile, por ejemplo, sin perjuicio de cuán representativos sean los registros actuales, dado que estos comprenden solamente el 7 % de la población, los cálculos aproximados de su incidencia a nivel nacional se basan frecuentemente, en cambio, en los datos de mortalidad.⁴¹

Mientras tanto, los dos registros de Ecuador, uno en Quito y el otro en Cuenca, comprenden aproximadamente un octavo de la población, una cifra mayor que en todos los países del estudio, excepto los tres que cuentan con registros nacionales. Ambos registros de Ecuador, sin embargo, comprenden principalmente a residentes urbanos, mientras que más de un tercio de la población del país es rural.

Además, los registros no siempre reúnen información clave sobre determinados grupos, como de los pueblos originarios, por ejemplo, quienes en conjunto ascienden al 8 % de la población de América Latina. Como lo muestran los estudios de Chile, respecto de algunos tipos de cáncer los ancestros de pueblos originarios lo relacionan con un riesgo.⁴² No obstante, un estudio de 2014 determinó que, en los países relevados, solo algunos registros de Brasil reunían definitivamente datos sobre si los pacientes provenían de pueblos originarios, a pesar de que la población proveniente de ellos representa un porcentaje más reducido de la población de Brasil respecto de la mayoría de los demás países de la región. En Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, el estudio determinó que dichos datos definitivamente no fueron recolectados o informados, y con la posible excepción de Chile, aparentemente estos datos no fueron recopilados en ninguna otra parte.⁴³

Es igualmente preocupante el hecho de que los sistemas actuales de control parecen no estar captando algunos casos de cáncer entre las personas de menor nivel socioeconómico, resalta el Dr. Medici. «La cobertura y el registro de casos de cáncer van en aumento, pero la cantidad de casos de cáncer entre la gente de menores recursos debería ser mayor, lo que no es el caso en la clase media».

⁴³ S. Moore *et al.*, «Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review», *Cancer Medicine*, 2014.

CAPÍTULO 4 PREVENCIÓN, SCREENING Y DETECCIÓN TEMPRANA: PROGRESO Y ESTANCAMIENTO

La prevención, el *screening* y detección temprana tienen objetivos que se superponen: ya sea evitar totalmente la aparición del cáncer o tratarlo cuando las probabilidades de éxito son las más altas. A pesar de estos fines compartidos, adoptan formas diversas. La prevención puede ser primaria, para evitar que la enfermedad aparezca y se desarrolle, o secundaria, para eliminar los precursores conocidos del cáncer. De manera similar, el *screening* puede enfocarse en los cambios tempranos que se convierten en cáncer o en la enfermedad propiamente dicha. Por último, la detección temprana puede incluir *screening* basados en la población, políticas de exámenes oportunistas realizados por profesionales sanitarios o incluso la sensibilización del público con respecto a posibles signos de cáncer. Cada una cumple un papel y conlleva costos y beneficios.

El Dr. Medici señala que las dificultades económicas actuales que padecen muchos países latinoamericanos ya están «complicando el gasto destinado a la salud y los programas relacionados con el control del cáncer podrían verse afectados». Una parte importante de la solución, siempre que los beneficios sean superiores a los gastos, es aumentar el presupuesto destinado a «las prioridades de educación sobre el cáncer, prevención y detección temprana en los sistemas de atención sanitaria primaria. Los costos de ello son ínfimos en comparación con los mayores costos que implica el tratamiento».

Hasta cierto punto, esto es lo que está pasando. Los aspectos clave de la prevención están mejorando en muchos países de América Latina, especialmente el control del tabaquismo y un aumento en la vacunación contra el VPH. Este campo tiene calificaciones generales moderadas en la LACCS (ver tabla 16). Una vez más, sin embargo, el panorama es diverso. Hay elementos importantes en esta área que siguen desafíos considerables, como el tema de la creciente obesidad en la región o hacer que los programas de *screening* que existen actualmente puedan aplicarse a poblaciones enteras de manera eficaz.

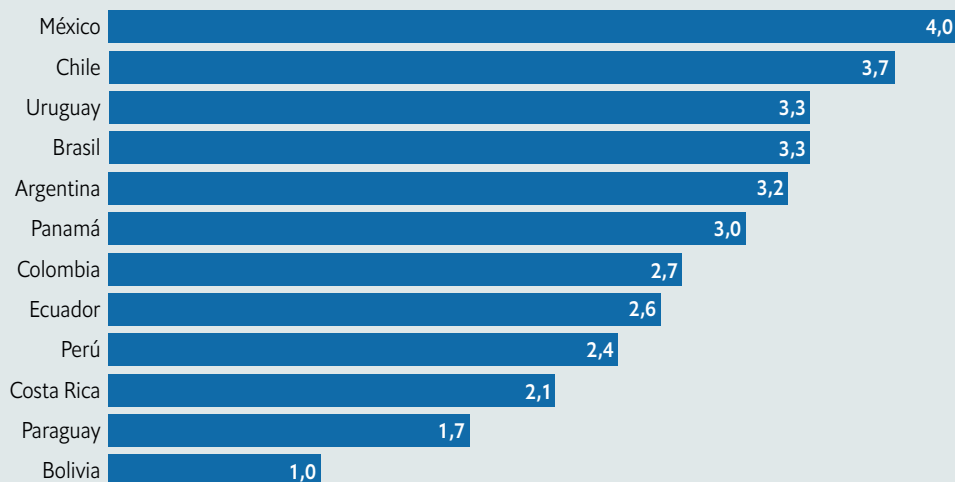
Educación pública y concientización

Una población bien informada es la herramienta más eficaz para prevenir el cáncer y aumentar la detección temprana de la enfermedad. Contribuye a todos los aspectos, desde la reducción del riesgo hasta el fomento de la investigación de los posibles síntomas hasta la asistencia a un *screening*.

En América Latina, ciertamente hay programas de información, siendo los programas nacionales de educación sobre cáncer de mama y cáncer de cuello de útero algo común. No obstante, todos los esfuerzos en materia educativa tienen como mucho un impacto limitado. La información que existe sobre el conocimiento que tiene el público en general acerca del cáncer en América Latina es preocupante. Por ejemplo, una encuesta que se realizó en Colombia entre estudiantes universitarias —que deberían estar mejor informadas que la población en general— reveló que menos del 10 % sabía que el alcohol, la falta de ejercicio y el tabaquismo están relacionados con un mayor riesgo

Gráfico 16

Resultados de la LACCS en el campo «Prevención y detección temprana», 2017



Nota: En este campo, se examina en qué medida el sistema de salud ha pasado de un enfoque centrado en el diagnóstico y el tratamiento a uno que privilegie la prevención, el screening y la detección temprana. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

de padecer cáncer de mama; esto fue significativamente inferior al promedio de sus pares en los 24 países de ingresos medios y bajos estudiados.⁴⁴ De manera similar, en un estudio llevado a cabo en una universidad brasileña se descubrió que «el nivel de conocimiento del cáncer oral no era para nada satisfactorio».⁴⁵

Otra investigación pinta un panorama más alentador. En una encuesta realizada entre mujeres adultas en Florianópolis, Brasil, una ciudad relativamente pudiente, las encuestadas conocían muy bien los aspectos básicos de una mamografía, pero incluso aquí casi la mitad de las menores de 60 años creía —erróneamente— que la prueba las protegería del cáncer y el 93 % consideraba que era solo importante para aquellas que tuviesen antecedentes familiares de cáncer.⁴⁶ Sin embargo, esto podría ser incluso una sobrevaloración del nivel de conocimiento de la población, ya que varios estudios efectuados en la región revelan que hay una fuerte correlación entre el poder adquisitivo alto y el conocimiento acerca del cáncer.⁴⁷

Considerando la región como un todo, el Dr. Lopes explica que: «La población educada tiene una mejor idea de cuáles son los factores de riesgo, pero hay muchas ideas equivocadas [entre todos los grupos]. No se conoce bien, por ejemplo, el vínculo entre infección y enfermedad, y la gente piensa que la comida orgánica los protegerá». Efectivamente, en una encuesta internacional que se hizo a especialistas en cáncer de mama, los latinoamericanos tendieron más a señalar que era necesaria una mayor educación pública que sus colegas de cualquier otra región.⁴⁸ La confusión no se limita al público en general, añade el Sr. Zoss: «También falta información y educación sobre el cáncer, incluso entre los médicos generalistas a nivel de atención primaria, sobre cosas como los síntomas tempranos».

Quizás el peor aspecto de esta falta de conocimiento, como dice Zoss, sea que «el cáncer sigue

⁴⁴ K Peltzer and S Pengpid, «Awareness of Breast Cancer Risk among Female University Students from 24 Low, Middle Income and Emerging Economy Countries», *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014.

⁴⁵ C Comunian et ál., «Basic knowledge on oral cancer among a specific Brazilian population», *Revista Odontologia Clínico-Científica*, 2011.

⁴⁶ I Schneider et ál., «Knowledge about mammography and associated factors: population surveys with female adults and elderly», *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2013.

⁴⁷ A Ferreira de Araújo Jerônimo et ál., «Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies», *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

⁴⁸ J Bridges et ál., «Identifying important breast cancer control strategies in Asia, Latin America and the Middle East/North Africa», *BMC Health Services Research*, 2013.

⁴⁹ Goss et ál., «Planning cancer control in Latin America».

teniendo el estigma de una sentencia de muerte para una gran parte de la población». Es por ello que, como se explica en un artículo publicado en *Lancet Oncology*, sigue habiendo «una visión cultural generalizada y profundamente arraigada del cáncer como tabú». ⁴⁹

Esto, sumado a una falta de conocimiento sobre el cáncer para empezar, hace que sea difícil someterse voluntariamente a un *screening*, o incluso a ver a un médico, lo cual ayuda a explicar las altas tasas de presentación del paciente en etapas avanzadas de enfermedad en la región. ⁵⁰ Por el contrario, en una revisión de varios estudios de costo sobre intervenciones en casos de cáncer de mama en México se observó que lo más económico sería una campaña de difusión y concientización masiva en los medios sobre la mamografía. ⁵¹ Como señala el Dr. Lopes: «Hay aún una enorme necesidad de mejorar la concientización sobre el cáncer».

Prevención en población general

La educación no es la única forma de disuadir a la gente de las actividades con un alto riesgo de cáncer. La normativa adecuada, comúnmente etiquetada como prevención en población general, se ha vuelto cada vez más atractiva para los funcionarios de la salud pública en todo el mundo, frustrados por la incapacidad de las campañas de información de afectar el comportamiento por sí solas. ⁵² Este enfoque presenta la ventaja de ser económico —de hecho, puede permitir aumentar los ingresos— y de reducir la desigualdad. Mejora la salud de la población como un todo en lugar de limitarse a la de las clases socioeconómicas privilegiadas.

Un ejemplo destacable en América Latina ha sido la implementación de una serie de medidas antitabaco a nivel nacional cada vez más rigurosas desde que entró en vigencia el Convenio Marco Internacional para el Control del Tabaco en 2005. Inevitablemente, los esfuerzos varían según cada país: Argentina, el único país que no firmó el convenio, y Paraguay, por ejemplo, tienden a quedarse rezagados debido a que las industrias tabaqueras que hay allí tienen mucho poder a nivel político. No obstante, la gran mayoría de los países del estudio han reforzado considerablemente la legislación en esta área. El transporte público libre de humo es ahora la norma y la prohibición de fumar en espacios públicos es más la regla que la excepción. ⁵³ ⁵⁴Mientras tanto, Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay, a través de la unión comercial regional MERCOSUR, están trabajando para reducir la publicidad y el contrabando de tabaco transfronterizos. ⁵⁵ Incluso algunos de los países que son menos activos con respecto al control del tabaquismo han hecho cierto progreso: Argentina aumentó las restricciones en 2011 y, más recientemente, subió los impuestos al tabaco, por lo que los precios se incrementaron en un 50 % a principios de 2017.

No es sorprendente, entonces, que el número de fumadores haya disminuido considerablemente en los 12 países del estudio entre 2000 y 2015. En un extremo, en Panamá, se redujeron a más de la mitad (del 15,4 % de los adultos al 6,6 %). Incluso en Argentina hubo un declive del 38 % en el año 2000 al 23 % en 2015, y en Paraguay del 30 % al 18 % en el mismo período, lo que sugiere que algo más que las políticas está contribuyendo a impulsar un importante cambio social. ⁵⁶

En parte como resultado de estos esfuerzos, solo cuatro países (Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú) no obtienen las calificaciones más altas en la subcategoría «disuadir del tabaquismo» en el campo «prevención y detección temprana» de la LACCS, teniendo en cuenta la parte del precio de venta minorista que corresponde a impuestos.

⁵⁰ L Teixeira, «From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2015.

⁵¹ D Watkins et ál., «The Cost-Effectiveness of Interventions and Policies for Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors in the Latin America and Caribbean Region: A Systematic Literature Review», capítulo 8 de OPS, *Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean*, 2016.

⁵² The Economist Intelligence Unit, *The Heart of the Matter: Rethinking prevention of cardiovascular disease*, 2013.

⁵³ E M Sebrí et ál., «Smokefree Policies in Latin America and the Caribbean: Making Progress», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2012.

⁵⁴ Strasser-Weippl et ál., «Progress and remaining challenges».

⁵⁵ «Stubbed out: Smoking in Latin America», *The Economist*, 30 de marzo de 2013.

⁵⁶ OMS, *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*, 2015.

Otros riesgos de cáncer que van en aumento, sin embargo, están recibiendo menos atención, como el aumento en la talla corporal en la región. Algunos países están tratando este asunto directamente. En México, por ejemplo, hay una Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes de alto perfil, que incluye no solo la promoción sanitaria sino también un impuesto sobre las bebidas azucaradas. Por consiguiente, México figura entre los pocos países (junto con Chile) que reciben calificaciones superiores en la subcategoría «reducción del consumo de azúcar» del campo «prevención y detección temprana» de la LACCS. Dado que tiene la proporción más alta de población obesa de los países del estudio y una prevalencia de la diabetes que se ha duplicado cada década desde 1960, México no tiene muchas opciones.⁵⁷ Ecuador, por su parte, ha establecido el etiquetado de alimentos para alertar a los compradores acerca del contenido de azúcares, grasas saturadas y sal.

Dicho eso, otros países del estudio no están tomando la iniciativa. De hecho, el número de países que no posee ninguna política para controlar la obesidad aumentó de tres en 2011 a cuatro en 2014.⁵⁸ Más en general, el aumento de la proporción de población que tiene sobrepeso (ver Introducción) sugiere que los esfuerzos en esta área son mucho menos eficaces que las iniciativas antitabaco.

Una parte del problema es práctica. Estos tipos de normativa generalmente requieren de la cooperación entre ministerios gubernamentales. El hecho de que Colombia dejara de rociar glifosato en las plantaciones de coca, por ejemplo, aunque fuese una medida diseñada para reducir el riesgo de cáncer, tenía implicaciones que involucraban a los servicios de seguridad e incluso al Ministerio de Asuntos Exteriores.

Además, la normativa puede encontrarse con una fuerte oposición política. El Dr. Mohar observa que la batalla contra las tabacaleras es ahora «exactamente igual que contra la industria de la comida chatarra. Es un problema de gran envergadura». El Congreso (parlamento) colombiano, mientras tanto, bloqueó una exacción fiscal del 20 % sobre las bebidas azucaradas en diciembre de 2016; antes, había bloqueado una prohibición total del asbesto. «Hablar solo de datos suele ser insuficiente en estos debates», sostiene el Sr. Gaviria. «Los grupos de presión industriales son poderosos. Afortunadamente, los debates en sí mismos permiten generar más consciencia en la población».

Otro reto para la prevención en población general es que la normativa, si bien es una herramienta poderosa, rara vez es suficiente en sí misma. En la práctica, la prevención en población funciona mejor cuando ayuda a la gente a cambiar los comportamientos que saben que son perjudiciales para la salud. En otras palabras, debe implementarse junto con la educación, no en lugar de ella.⁵⁹

Esto será relevante para la normativa sobre el azúcar y otros riesgos de cáncer. La comprensión de los peligros del tabaco está muy extendida. Sin embargo, el Sr. Zoss destaca que la falta de conocimiento de que la dieta influye en el riesgo de cáncer «es también un gran problema en la región». El Dr. Trimble añade: «La gente entiende la importancia de la dieta y el ejercicio como factores de riesgo de la diabetes, pero no hay necesariamente un vínculo reconocido con el cáncer en el imaginario popular. Se necesita más educación pública». Incluso cuando los beneficios de salud en otras áreas están claros, las poblaciones pueden no estar listas para aceptar la «ayuda» normativa para cambiar su comportamiento.

⁵⁷ R Meza et al., «Burden of Type 2 Diabetes in Mexico: Past, Current and Future Prevalence and Incidence Rates», *Preventative Medicine*, 2015.

⁵⁸ Strasser-Weippl et al., «Progress and remaining challenges».

⁵⁹ The Economist Intelligence Unit, *The Heart of the Matter: Rethinking prevention of cardiovascular disease*, 2013.

⁶⁰ A Ford et al., «Helicobacter pylori eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials», *BMJ*, 2014.

El obstáculo de las enfermedades infecciosas

Otra área potencial de prevención clave es el tema de las enfermedades infecciosas que provocan más de uno de cada seis casos de cáncer en América Latina. Las intervenciones adecuadas no están siempre disponibles. Por ejemplo, el cáncer de estómago, un problema actual en la región, podría reducirse teóricamente si se erradica la infección por *Helicobacter pylori* en la población. Hay estudios en Asia que demuestran que esto podría ser muy promisorio, pero aún queda por demostrarse de manera concluyente que este tipo de enfoque sería eficaz, además de económico, en América Latina.⁶⁰

Por el contrario, la región hace largo tiempo que cuenta con una herramienta valiosa para prevenir algunos tipos de cáncer de hígado. La vacuna contra la hepatitis B se introdujo en América Latina en las décadas de 1980 y 1990. Ahora, más del 90 % de los niños reciben una dosis completa en nueve de los países del estudio y en otros tres (Ecuador, México y Panamá), más del 70 % están vacunados. Aunque no hay evidencia concluyente de que esto haya contribuido considerablemente a reducir la incidencia del cáncer de hígado en la región, su disminución comenzó tras la implementación de los programas de vacunación.^{61, 62} Dicho eso, la incidencia relativamente baja de este tipo de cáncer en los países del estudio en comparación con el promedio global significa que la mejora, si bien es bienvenida, tendría beneficios limitados para la salud pública.

El impacto potencial de las vacunas contra el VPH es mucho mayor. El cáncer de cuello de útero sigue siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres latinoamericanas y esta intervención podría proteger contra los genotipos de VPH que provocan el 70 % de esta carga. No sorprende entonces, observa el Dr. Cazap, «que la vacuna se haya introducido fácilmente en la región». Desde 2008, diez países del estudio han comenzado a ofrecerla a las niñas como parte de los programas de vacunación públicos nacionales.⁶³ De los restantes, Bolivia empezará la vacunación contra el VPH este año, dice el Dr. Soria, así que Costa Rica será el único que no lo hace aún. Brasil y Argentina, entretanto, están extendiendo también la vacuna a los niños y Panamá planea hacer lo mismo pronto.

A pesar de que el apoyo político en favor de la vacuna es fuerte, hay aún algunas cuestiones prácticas que requieren atención. Particularmente, en donde los países tienen información, el porcentaje de la población objetivo que recibe la primera dosis de la vacuna es muy alto, generalmente de más del 90 %. Pero en el caso de la tercera dosis, esta cifra se reduce significativamente, alrededor del 50 al 67 %. Una estrategia, que está siendo adoptada en Argentina, es utilizar un protocolo de dos dosis en lugar de uno de tres dosis, un enfoque recomendado por la OMS si el receptor de la vacuna tiene menos de 14 años de edad.⁶⁴ Sea cuál sea la mejor respuesta, este es un asunto que las autoridades de la salud pública deberán tratar para aprovechar al máximo el potencial de la vacuna.

Es probable que los países latinoamericanos puedan resolver estas dificultades de índole práctica. Si bien no son perfectos, los numerosos programas de vacunación nacionales eficaces de la región contra diversas enfermedades, como el VPH, se han considerado modelos a seguir en el mundo y, según una estimación, solo las iniciativas de inmunización infantil han aumentado la expectativa de vida en América Latina en 15 años.^{65, 66, 67} Por lo tanto, aprovechar la infraestructura ya existente o expandirla para ofrecer la vacuna contra el VPH no debería ser una carga excesiva, y el costo de la vacuna ya de por sí se ha reducido. Además, es un proceso discreto: una vez que se colocan dos, como mucho tres, inyecciones, está finalizado. Este es el tipo de intervención médica que los sistemas de salud latinoamericanos han sido capaces de implementar en el pasado.

⁶⁰ OMS, WHO-UNICEF estimates of HepB3 coverage, 2016. Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html

⁶¹ Sierra et ál., «Cancer patterns and trends in Central and South America».

⁶² B Bychkovsky et ál., «Cervical Cancer Control in Latin America: A Call to Action», *Cancer*, 2016.

⁶³ Ibíd.

⁶⁴ R Ulloa-Gutierrez, «Vaccine-preventable diseases and their impact on Latin American children», *Expert Reviews Vaccines*, 2011.

⁶⁵ S Trumbo et ál., «Vaccination legislation in Latin America and the Caribbean», *Journal of Public Health Policy*, 2013.

⁶⁶ «Affordable vaccines key to scale up HPV vaccination and prevent thousands of avoidable cervical cancers», CIIC, Comunicado de prensa 250, 2 de febrero de 2017. Disponible en: <http://ecancer.org/news/10959-affordable-vaccines-key-to-scale-up-hpv-vaccination-and-prevent-thousands-of-avoidable-cervical-cancers.php>

Screening y detección temprana

La misma historia de éxito relativo no se aplica al *screening* del cáncer, ya que sus requisitos tan diferentes se encuentran con debilidades estructurales profundas y de larga data en los sistemas de salud de la región. Por un lado, observa el Dr. Murillo, «no se puede garantizar un diagnóstico temprano sin algún tipo de *screening*». Por el otro, seleccionar uno adecuado puede ser complejo, según el tipo de cáncer. Para empezar, para que un *screening* en la población sea eficaz, debe haber un proceso mínimamente invasivo que detecte una enfermedad o sus precursores con una exactitud razonable; una proporción suficiente de la población afectada por una afección para que el *screening* valga la pena; la capacidad del sistema de salud de intervenir si el *screening* da positivo; e intervenciones de detección y tratamiento temprano lo suficientemente asequibles como para que el costo general sea inferior al de tratar una enfermedad en estado avanzado.

En la práctica, incluso en los países desarrollados, el requisito de precisión restringe el uso del *screening* a unas pocas partes del cuerpo principales en el caso del cáncer. Las más comunes a nivel internacional son cuello de útero, mama, colon-recto y estómago. Además, como explica el Dr. Murillo, «el *screening* es caro y tenemos que basar su uso en la rentabilidad». El Sr. Zoss concuerda: «Algunos métodos de *screening* que son valiosos en los países con ingresos altos simplemente no pueden aplicarse en lugares con recursos limitados». Es difícil exagerar el efecto que la economía tiene en las políticas de la región. El Dr. Murillo, por ejemplo, señala que uno de los retos más importantes a los que se enfrentó Colombia últimamente en cuanto a sus programas de *screening* ha sido la devaluación de su moneda con respecto al dólar estadounidense, ya que muchos de los equipos necesarios se cotizan en la divisa norteamericana. «Se puede planificar, pero si el presupuesto disminuye en un 30 % de esta forma, no se puede hacer nada.»

Un ejemplo claro de cómo el costo obstaculiza la realización del *screening* es el cáncer de estómago, cuyas tasas de incidencias son unas de las mayores en América Central y América del Sur.⁶⁸ Ningún país de la región cuenta con un programa que abarque a toda la población contra este cáncer, aunque un estudio hecho en Costa Rica con detección por radiografía reveló que esto podría reducir la mortalidad a la mitad.⁶⁹ El alto costo, sin embargo, hace que la intervención sea insostenible, excepto en poblaciones identificadas, como es el caso del programa chileno de *screening* en personas de más 40 años con antecedentes familiares de la enfermedad y que presenten actualmente una úlcera.⁷⁰

Hasta la fecha, las consideraciones sobre los costos han afectado también la respuesta al cáncer colorrectal, lo cual aumenta considerablemente con la adopción de un estilo de vida del mundo desarrollado. En la actualidad, afirma el Dr. Murillo, «llevar a cabo un *screening* del cáncer colorrectal no serían rentable para la mayoría de los países de la región, pero es necesario que empiecen a pensar sobre cuándo será el momento adecuado de comenzar a hacerlo», ya que el riesgo dentro de estas poblaciones está creciendo y el PIB en aumento hace que la intervención sea más asequible. De los países del estudio, solo Argentina y Uruguay han organizado hasta ahora programas nacionales de *screening* del cáncer colorrectal, aunque Brasil, Chile y Ecuador han realizado pruebas piloto.⁷¹ También en Paraguay ha comenzado este año un programa de prueba de este tipo, añade el Dr. Rolón. Este es un claro ejemplo de la necesidad de contar con buenos datos de registro para elaborar buenas políticas.

⁶⁸ Monica Sierra et ál., «Stomach cancer burden in Central and South America», *Clinical Epidemiology*, 2016.

⁶⁹ Y Yuan, «A survey and evaluation of population-based screening for gastric cancer», *Cancer Biology and Medicine*, 2013.

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ M Sierra and D Forman, «Burden of colorectal cancer in Central and South America», *Cancer Epidemiology*, 2016.

⁷² Bychkovsky et ál., «Cervical Cancer Control in Latin America».

En la práctica, en Latinoamérica el *screening* se relaciona en gran parte con el cáncer de cuello de útero y, en menor medida pero aun así de importancia, con el de mama. Al analizar más en profundidad ambas cosas, descubrimos los problemas y el potencial del *screening* en la región.

El *screening* de los dos tipos de cáncer más comunes en las mujeres en América Latina tiene, claramente, un enorme potencial. Lamentablemente, con demasiada frecuencia los programas no alcanzan. Por ejemplo, una serie de estudios realizados por instituciones específicas en Brasil, Chile y Colombia descubrieron que la proporción de mujeres que se presentan con cáncer de cuello de útero en estadio 1—cuando hay las mayores probabilidades de que el tratamiento surta efecto— era comúnmente de alrededor del 20 %, es decir, cerca de la mitad de la cifra a nivel mundial del 42 %.⁷³

Cada uno de los 12 países del estudio ha establecido un programa nacional de *screening* del cáncer de cuello de útero, todos con la técnica de *screening* tradicional, llamada prueba de Papanicolaou, a través del sistema de salud pública. Un método más reciente es la inspección visual con ácido acético (o VIA, por sus siglas en inglés). Este método es menos común en la región, aunque sí hay en Bolivia, Colombia y Perú programas de prueba de «ver y tratar» en zonas remotas, mientras que este tipo de *screening* está disponible en el sector público en Argentina y Costa Rica también.⁷³

La mortalidad a causa del cáncer de cuello de útero viene disminuyendo en la región, pero la contribución de estos programas a ese resultado es difícil de estimar y, aun así, no es uniforme. En primer lugar, el uso de este servicio universal y gratuito suele ser escaso. Los datos de la LACCS revelan que, en promedio en los países estudiados, solo alrededor de la mitad (51 %) de la población objetivo ha participado en el *screening* en los últimos años. En cuatro países del estudio (Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Panamá), la cobertura es de tan solo el 35 %, aunque algunos cuentan desde hace muchos años con programas de *screening*.

La pobre calidad del servicio al paciente y la baja integración con el resto del sistema de salud son en gran parte responsables de estas cifras. Por ejemplo, en Costa Rica, las mujeres deben pedir cita ellas mismas para el *screening*, en lugar de ser las autoridades sanitarias las que se pongan en contacto con la población objetivo.⁷⁴ Mientras tanto, en Brasil, el 10 % de las pruebas de Papanicolaou son ilegibles.⁷⁵ Además, en toda la región la infraestructura para hacer *screening* del cáncer de cuello de útero sigue limitándose a las zonas urbanas y los sectores pudientes.

Más impresionante es el impacto de la deficiente integración dentro de los sistemas de salud. El Dr. Murillo observa que Colombia «tiene una cobertura de casi el 80 % para el Papanicolaou, pero que entre un 30 y 40 % de las lesiones no se tratan porque las mujeres no tienen acceso a un diagnóstico de confirmación o a un tratamiento. En Colombia se ha reducido la mortalidad por cáncer de cuello de útero, pero mayormente entre las mujeres de un nivel socioeconómico medio y alto». Este tipo de problemas no se limita a Colombia. Si bien los datos sobre el seguimiento de las pruebas positivas son escasos, Bolivia y México también parecen tener problemas en esta área.⁷⁶ (El acceso al tratamiento se analiza en el Capítulo 6.)

Los problemas del *screening* del cáncer de mama difieren en ciertos detalles, pero los aspectos básicos son similares. En los 12 países del estudio hay pautas sobre la mamografía. Este tipo de estudios son gratuitos en todos los países, excepto en Panamá y Paraguay.⁷⁷ La OMS estima que para lograr algún cambio, este tipo de programas debe llegar a casi el 70 % de la población objetivo. De los países del estudio que tienen información sobre ello, ninguno se acerca a esa cifra. En Colombia, el alcance es del 54 %, pero en Chile, Costa Rica y Argentina está entre el 32 % y el 46 %, mientras que

⁷³ Ibíd.

⁷⁴ I Quirós Rojas, «The cervical cancer prevention programme in Costa Rica», *ecancermedicalscience*, 2015.

⁷⁵ Bychkovsky et ál., «Cervical Cancer Control in Latin America».

⁷⁶ R Murillo et ál., «Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control», *Cancer Epidemiology*, 2016.

⁷⁷ S Luciani et ál., «Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action», *Bulletin of the World Health Organisation*, 2013.

⁷⁸ A Di Sibio et ál., «Female breast cancer in Central and South America», *Cancer Epidemiology*, 2016.

⁷⁹ G Nigenda et ál., «Breast cancer policy in Latin America: account of achievements and challenges in five countries», *Global Health*, 2016.

⁸⁰ Goss et ál., «Planning cancer control in Latin America».

en México es de tan solo el 22 %.⁷⁸ «Es por eso que todavía vemos una gran cantidad de mujeres que mueren debido a cáncer de mama y cáncer de cuello de útero en México», explica el Dr. Mohar.

Los problemas en la estructura de los programas, la calidad del servicio y una falta de infraestructura perjudican su eficacia. En la región, el *screening* del cáncer de mama comúnmente depende de que las personas lo pidan a las autoridades sanitarias.⁷⁹ El Dr. Pradier dice que incluso en Argentina, que tiene un programa relativamente avanzado para América Latina, «queda todavía mucho por hacer en cuanto a exactitud y evaluación» y el Dr. Mohar observa que México necesita más radiólogos y técnicos capacitados. Mientras tanto, el suministro de equipos para mamografía suele escasear en la región y en algunas zonas hasta el 20 % de las máquinas necesitan reparaciones.⁸⁰

Las desigualdades que resultan de ello son predecibles: diferencias sustanciales en el uso de los servicios entre la población de bajos recursos y la población pudiente, que tiene un mejor acceso a la atención. Al igual que ocurre con el cáncer de cuello de útero, el resto del sistema de salud responde lentamente al *screening* del cáncer de mama: tanto en México como en Brasil, el tiempo medio de espera entre el primer contacto con el servicio de salud y el tratamiento inicial es de siete meses; la mayor parte de este tiempo corresponde a la confirmación del diagnóstico.^{81, 82, 83, 84, 85} Por último, la detección de la enfermedad en estadios avanzados —una cuestión que el *screening* se supone que debe abordar— sigue siendo un gran problema. Varios estudios en Brasil, Chile y Colombia han revelado que cerca del 20 % de las mujeres o menos se presentan con cáncer de mama en estadio 1. En México, esta cifra es de aproximadamente el 10 %.⁸⁶ En los países desarrollados es comúnmente entre el 40 y 50 %.^{87, 88}

La excepción notable entre los países del estudio es Uruguay. Podría decirse que es la cuna del mamograma moderno y el país fue sin dudas pionero en el uso basado en la población de esta técnica, al crear un programa en 1990. Es de alta calidad y cuenta con un buen financiamiento, pero quizás el motivo por el que atrae más atención a nivel internacional sea porque se trata del único programa del mundo que, desde 2006, es obligatorio por ley para las mujeres que deseen trabajar. Si bien no divulgan información, los funcionarios del ministerio de salud no creen que el decreto que hace que la participación sea obligatoria haya tenido mucho efecto dado que la cobertura ya era alta en 2005 (75 % de la población objetivo). Sea lo que sea que fomente la participación, Uruguay demuestra que el *screening* puede tener un impacto en Latinoamérica: el 40 % de sus casos de cáncer de mama se diagnostican en estadio 1.⁸⁹

En general, entonces, en los países foco de este estudio ha habido un progreso importante en ciertos aspectos de la prevención. No obstante, todavía quedan grandes brechas, y aquellas relacionadas con el *screening*, especialmente, ponen de manifiesto que hay que trabajar sobre debilidades de los sistemas de salud.

⁸¹ Strasser-Weippl et ál., «Progress and remaining challenges».

⁸² Nigenda et ál., «Breast cancer policy in Latin America».

⁸³ A Amadou, «Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors», *Salud Pública de México*, 2014.

⁸⁴ S Sosa-Rubí et ál., «Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México», *Salud Pública de México*, 2009

⁸⁵ Goss et ál., «Planning cancer control in Latin America».

⁸⁶ N Justo et ál., «A Review of Breast Cancer Care and Outcomes in Latin America», *Oncologist*, 2013.

⁸⁷ J Iqbal et ál., «Differences in Breast Cancer Stage at Diagnosis and Cancer-Specific Survival by Race and Ethnicity in the United States», *JAMA*, 2015.

⁸⁸ S Walters et ál., «Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000-2007: a population-based study», *British Journal of Cancer*, 2013.

⁸⁹ E Dowling et ál., «Breast and cervical cancer screening programme implementation in 16 countries», *Journal of Medical Screening*, 2010; Sophie Arie, «Uruguay's mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged», *BMJ*, 2013.

CAPÍTULO 5

PRESUPUESTOS Y RECURSOS PARA EL CONTROL DEL CÁNCER: URGENTE NECESIDAD DE INVERTIR HOY Y EN EL FUTURO

Incluso más que en otras áreas, los presupuestos y recursos para control del cáncer varían notablemente entre los países analizados en este estudio: algunos son relativamente aceptables, otros son bastante deficientes. Sin embargo, tienen varios problemas significativos en común, como un gasto relativamente bajo en salud y control del cáncer, deficiencias en la infraestructura de control del cáncer y recursos humanos insuficientes. En general, los presupuestos, el personal, los equipos y otros recursos para el control del cáncer necesitan incrementarse para poder responder a las necesidades actuales. Dado que la cantidad de casos en la región está aumentando rápidamente, el Dr. Mohar advierte que «no hay recursos humanos ni de otro tipo suficientes para hacer frente a eso».

Bajo gasto en salud y control del cáncer

En lugar de analizar el gasto en cáncer de forma aislada, la profesora Knaul dice que: «Uno debe preguntar “¿tenemos un sistema de salud con presupuesto insuficiente?”. Después de todo, un control y una atención del cáncer requiere sistemas de salud sólidos para cubrir las funciones clave de administración, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos humanos». En los países del estudio, la pregunta de si el presupuesto es insuficiente depende del punto de referencia con el cual se compare.

En un estudio de 2017 publicado en *The Lancet* se estudiaron en profundidad los cambios con el correr del tiempo en el financiamiento de la atención sanitaria en 184 países.⁹⁰ A primera vista, si se hace un análisis según las categorías amplias de ingreso del Banco Mundial, la mayoría de los 12 países del estudio están bien en comparación con sus pares. Como se muestra en la tabla 6, los países de ingreso mediano-alto y mediano-bajo, a excepción de Perú, gastan más dinero per cápita en salud que otros estados de esa misma categoría de ingreso en todo el mundo. Estos países del estudio también presentan una división similar con respecto a sus pares en cuanto al gasto público en comparación con el gasto por cuenta propia.

Tabla 6: Gasto nacional en salud y sus fuentes, 2014

	Gasto total en salud per cápita (US\$)	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto gubernamental en salud como % del total	Gasto privado prepagado como % del total	Gasto por cuenta propia como % del total	Asistencia para el desarrollo como % del total
Países de ingreso mediano-bajo						
Bolivia	404	6,3 %	70,2 %	3,4 %	23,1 %	3,3 %
<i>Promedio de ingreso mediano-bajo mundial</i>	267	4,3 %	35,9 %	3,1 %	58,0 %	3,0 %
Países de ingreso mediano-alto						
Argentina	1 322	4,8 %	55,8 %	13,2 %	30,9 %	0,0 %
Brasil	1 357	8,3 %	45,9 %	28,5 %	25,5 %	0,1 %

⁹⁰ J Dieleman et al., «Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries», *The Lancet*, 2017.

Tabla 6: Gasto nacional en salud y sus fuentes, 2014 (continuación)

	Gasto total en salud per cápita (US\$)	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto gubernamental en salud como % del total	Gasto privado prepagado como % del total	Gasto por cuenta propia como % del total	Asistencia para el desarrollo como % del total
Colombia	975	7,2 %	71,9 %	9,5 %	15,3 %	3,2 %
Costa Rica	1 418	9,3 %	73,1 %	1,8 %	25,0 %	0,0 %
Ecuador	1 071	9,2 %	48,8 %	2,2 %	48,5 %	0,5 %
México	1 088	6,3 %	51,7 %	4,2 %	44,0 %	0,1 %
Panamá	1 743	8,00 %	72,50 %	4,50 %	22,30 %	0,80 %
Paraguay	863	9,8 %	45,6 %	4,6 %	49,3 %	0,5 %
Perú	626	5,20 %	63,30 %	6,30 %	30,00 %	0,40 %
<i>Promedio de ingreso mediano-alto del estudio</i>	1,163	7,57 %	58,73 %	8,31 %	32,31 %	0,64 %
<i>Promedio de ingreso mediano-alto mundial</i>	914	5,90 %	57,20 %	8,70 %	33,80 %	0,30 %
Países de ingreso alto						
Chile	1 780	7,8 %	49,5 %	19,0 %	31,5 %	0,0 %
Uruguay	1 837	8,6 %	71,2 %	13,2 %	15,6 %	0,0 %
<i>Promedio de ingreso alto del estudio</i>	1 809	8,2 %	60,4 %	16,1 %	23,6 %	0,0 %
<i>Promedio de ingreso alto mundial</i>	5 221	11,7 %	63,4 %	22,7 %	13,9 %	0,0 %

Fuente: Dieleman et al, «Evolution and patterns of global health financing 1995–2014», *Lancet*, 2017

Hay varios problemas, sin embargo, con una conclusión tan esperanzadora. El primero es que, en términos absolutos, incluso el gasto per cápita en salud promedio de los países con ingreso mediano-alto a nivel mundial (US\$914) no es grande. El promedio de ingreso alto (\$5 221) es cinco veces mayor, y el monto que gastan los dos países del estudio que se encuentran ahora en esta categoría —Chile y Uruguay— es actualmente equivalente solo a un tercio aproximadamente del monto que gastan el resto de sus pares. No hay forma de obviar el hecho de que, en todos los países del estudio, el presupuesto destinado a la atención sanitaria está muy restringido si lo comparamos con los países desarrollados, que tienen sus propias dificultades para financiar la atención del cáncer.

Además, los grupos de ingreso del Banco Mundial son categorías amplias. Los autores del artículo de *Lancet* descubrieron que tanto el gasto total en salud como las fuentes del financiamiento de la atención sanitaria cambiaron notablemente y de manera predecible a raíz del desarrollo económico: los países más ricos tendieron a pagar más per cápita y los gobiernos más acaudalados tendieron a tener una participación más amplia en ello. Sobre la base de los datos de todo el mundo durante dos décadas, crearon un modelo económico que estableció cómo ocurrieron estos cambios, en promedio, gracias al crecimiento. Utilizando este modelo, compararon la situación actual de cada país con lo que podría esperarse dado su nivel actual de PIB. Esto permite tener una imagen más precisa de cómo es el panorama en los países del estudio dado su nivel de ingresos.

Tabla 7: Gasto nacional en salud y sus fuentes en relación con la porción modelada, 2014

	Gasto total en salud en relación al gasto en salud total modelado (%)	Porción del gasto total en salud que proviene del gobierno, en relación con la porción modelada (%)	Porción del gasto total en salud que proviene del sector privado prepagado, en relación con la porción modelada (%)	Porción del gasto total en salud que proviene de los bolsillos de los pacientes, en relación con la porción modelada (%)	Porción del gasto total en salud que proviene de asistencia al desarrollo, en relación con la porción modelada (%)
Argentina	65,2 %	77,2 %	475,9 %	124,3 %	30,8 %
Bolivia	110,7 %	128,8 %	225,1 %	59,0 %	68,2 %
Brasil	131,4 %	70,0 %	1 104,9 %	81,0 %	33,1 %
Chile	111,6 %	70,8 %	693,3 %	115,4 %	3,3 %
Colombia	118,8 %	113,1 %	394,1 %	46,0 %	586,2 %
Costa Rica	147,8 %	112,5 %	71,1 %	78,0 %	8,3 %
Ecuador	153,4 %	78,5 %	96,8 %	139,9 %	59,0 %
México	97,7 %	77,9 %	161,4 %	142,9 %	45,1 %
Panamá	116,5 %	104,8 %	163,9 %	79,6 %	758,5 %
Paraguay	169,9 %	77,2 %	239,1 %	133,7 %	25,0 %
Perú	87,6 %	101,4 %	276,0 %	87,0 %	48,7 %
Uruguay	126,1 %	103,3 %	485,1 %	55,2 %	6,8 %
Promedio del estudio	119,7 %	93,0 %	365,6 %	95,2 %	139,4 %

Fuente: Dieleman *et al.*, «Evolution and patterns of global health financing 1995–2014», *The Lancet*, 2017.

En la tabla 7, si el gasto total en salud de un país y las fuentes de financiamiento para este coincidían con las normas asociadas con su nivel de PIB, todos los resultados serían del 100 %. Esto está lejos de ser así en los países del estudio. Por el contrario, los resultados —si bien a veces variaban enormemente de país en país— permitieron sacar varias conclusiones generales.

La primera es que, dados los niveles de PIB, la cantidad total de dinero que se destina a la atención sanitaria en estos países es en promedio de alrededor del 20 % más de lo que uno esperaría. El problema es que esto no proviene del gasto público, que representa únicamente el 93 % de la contribución asociada con los niveles actuales de desarrollo económico en los países del estudio. En realidad, un mercado de seguros privados demasiado grande —dadas las normas a nivel mundial— tiene un papel principal en el financiamiento. La cifra de gasto gubernamental incluye tanto el financiamiento de la atención sanitaria pública y de los sistemas de seguridad social, que prestan la mayoría de los servicios de atención en los países del estudio. Esto sugiere que hay una importante desigualdad en el financiamiento: la mayoría de los pacientes obtendrán acceso a menos recursos de atención sanitaria de lo que se podría prever dados los niveles de desarrollo económico de estos países, pero la minoría que tiene un seguro tendrá acceso a una cantidad considerable de recursos.

También cabe destacar que los países del estudio se dividen en dos grupos en una forma que parece no estar relacionada con el nivel de desarrollo económico. En seis de ellos, los gobiernos y los sistemas de seguridad social pagan una proporción mayor de los gastos de atención sanitaria de lo que se podría prever, pero en los otros seis, el estado cubre solamente entre el 70 % y el 80 % del nivel esperado.

Por último, y esto es preocupante, en el largo plazo la mayoría de los países del estudio no han seguido

el ritmo de los aumentos en gasto de atención sanitaria que llevan sus pares. Este problema es especialmente relevante en el caso de los nueve países de ingreso mediano-alto, en donde el gasto en atención sanitaria total per cápita aumentó solamente un 3,9 % en promedio entre 1995 y 2014, en comparación con el 5,9 % de este grupo de ingreso en el resto del mundo (ver tabla 8). Y es así incluso aunque el crecimiento del PIB durante las dos últimas décadas ha sido importante en los países del estudio y en América Latina en general. Tal como observa el Dr. Cazap: «Los problemas de la región están dominados por las consideraciones económicas, y el problema es que, por lo general, la salud es un ministerio débil en el gobierno». El Dr. Vargas está de acuerdo: «Los países de nuestra región no han logrado convencer a los gobiernos de la importancia de la atención sanitaria y la burocracia ha ralentizado la mejora durante años».

Tabla 8: Tasa de cambio anualizada de gasto en salud total per cápita, 1995–2014 (%)

País de ingreso mediano-bajo	
Bolivia	5,2 %
<i>Promedio de ingreso mediano-bajo mundial</i>	5,0 %
Países de ingreso mediano-alto	
Argentina	-0,6 %
Brasil	3,3 %
Colombia	2,7 %
Costa Rica	4,6 %
Ecuador	8,0 %
México	2,9 %
Panamá	4,8 %
Paraguay	4,7 %
Perú	4,4 %
<i>Promedio de ingreso mediano-alto del estudio</i>	3,9 %
<i>Promedio de ingreso mediano-alto mundial</i>	5,9 %
Países de ingreso alto	
Chile	4,1 %
Uruguay	2,9 %
<i>Promedio de ingreso alto del estudio</i>	3,5 %
<i>Promedio de ingreso alto mundial</i>	3,0 %

Fuente: Dieleman et al., «Evolution and patterns of global health financing 1995–2014», *The Lancet*, 2017.

El tamaño general de los presupuestos de atención sanitaria en la región es solo parte del problema de financiamiento. Como ocurre en gran parte del mundo, la transición epidemiológica no ha estado acompañada por un cambio que corresponda a las prioridades de financiamiento de dirigidas hacia las ENT, como el cáncer. El Dr. Lopes señala que, tras décadas de ocuparse —adecuadamente— de las enfermedades infecciosas, «nuestros sistemas y la forma en que los funcionarios de salud pública piensan no han hecho la transición a las ENT», lo cual tiene un efecto predecible en la distribución de los presupuestos. Este problema no ocurre solo en América Latina, observa el Dr. Cazap. Con frecuencia, hay dinero disponible para los proyectos sobre ENT, «pero si se intenta introducir acciones que cambien la estructura del sistema de salud [para abordar mejor las ENT], los patrocinadores internacionales y los gobiernos no están interesados».

Parte del problema del cáncer es simplemente el costo. La Sra. Durstine observa que ciertas intervenciones que son muy caras podrían en realidad salvar solo unas docenas de vidas en un país. Recuerda que cuando se abogaba originalmente por el uso de la vacuna contra el VPH en una época en la que era mucho más cara que ahora, «los ministerios de salud decían "¿Por qué debo gastar el equivalente a todo el presupuesto para vacunación infantil en esto?" El cáncer es muy caro y las decisiones políticas sobre él se basan mucho en la economía».

Aunque por lo general no hay disponibles datos concretos sobre el gasto en cáncer como proporción de los presupuestos de salud, el impacto combinado de los presupuestos de salud acotados en general y la baja prioridad que se le da al cáncer es claro en el dinero disponible para el tratamiento. El monto promedio invertido por caso de la enfermedad en los 12 países del estudio en 2009 fue de tan solo un poco más de US\$9, dos órdenes de magnitud menos que la cifra de Japón o EE. UU. (ver tabla 9).

Tabla 9: Costo médico por paciente de nuevos casos de cáncer, 2009 (US\$)

Uruguay	26,63
Chile	15,09
Argentina	12,20
México	11,46
Costa Rica	10,42
Promedio de los 12 países del estudio	9,29
Panamá	9,12
Brasil	8,04
Colombia	5,96
Perú	4,90
Ecuador	3,59 %
Paraguay	2,19
Bolivia	1,82
EE. UU.	460,17
Japón	243,70

Fuente: Goss et al., «Planning cancer control in Latin America», 2013.

Otras áreas de control del cáncer también reciben cantidades pequeñas. Chile, por ejemplo, gastó US\$12 millones en investigación sobre el cáncer en 2012, mientras que el presupuesto para investigación del National Cancer Institute de EE. UU. fue de US\$4 900 millones, o lo que es igual a 6,7 veces más en proporción al PIB. No obstante, el gobierno chileno es uno de los patrocinadores más generosos de la investigación en la región. Los gobiernos de Bolivia, Paraguay y Uruguay gastan muchísimo menos en esta área.^{91, 92}

Ha habido algún aumento en el gasto en algunos países desde que se publicaron las cifras de 2009. El Plan Esperanza de Perú incrementó el gasto público en control del cáncer del 2,3 % del presupuesto para salud al 6 %⁹³, algo similar a lo que sucede

en Europa.⁹⁴ El plan sobre el cáncer de Colombia también contaba con un presupuesto protegido y, según la investigación llevada a cabo por The Economist Intelligence Unit para la LACCS, el ministerio de salud de Colombia dice que más del 17 % de su gasto se destina al cáncer. En Brasil y Uruguay, mientras tanto, se ha incrementado la inversión en escáneres de tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET/TC), y Brasil y México han implementado una mayor capacitación en oncología.⁹⁵

Estos ejemplos aislados, sin embargo, no han alterado el panorama general. En un análisis del control del cáncer en América Latina de 2015, se observaron muy pocos cambios en los últimos años en lo que atañe al presupuesto.⁹⁶ Además, señala el Dr. Medici, si bien hay áreas como la prevención en las que los gobiernos están aumentando el presupuesto, «la velocidad del crecimiento, la eficacia

⁹¹ Jiménez et ál., «Snapshot of Cancer in Chile».

⁹² C Rolfo et ál., «Cancer clinical research in Latin America: current situation and opportunities», *ESMO Open*, 2016.

⁹³ Ministerio de Salud de Perú, *Principales Resultados del INEN para la Prevención y el Control del Cáncer en el Marco del Plan Esperanza Julio 2011 - Setiembre 2016*, 2016.

⁹⁴ B Jönsson et ál., *Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited*, IHE Report 2016:4.

⁹⁵ Strasser-Weippl et ál., «Progress and remaining challenges».

⁹⁶ *Ibíd.*

y la efectividad del gasto son muy bajas en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños. Probablemente no es suficiente» para lidiar con la carga cada vez mayor de cáncer en la región.

Recursos humanos insuficientes

Tantos años de inversión limitada han tenido un efecto predecible en los recursos humanos. El Dr. Lopes observa que para quienes no viven en la región «la falta de recursos para combatir el cáncer es sorprendente. Tenemos que hacer lo mejor posible con lo que tenemos».

Un área problemática son los recursos humanos especialistas. Mientras que la cifra de 111 casos nuevos de cáncer por oncólogo clínico por año en Uruguay es mejor que la de muchos países desarrollados, incluido EE. UU., en Panamá y Chile esta cifra supera los 500. En México, —aún tras un aumento del 55 % en este tipo de especialistas entre 2012 y 2014— todavía había un solo oncólogo por cada 420 casos.^{97, 98} El Dr. Mohar reconoce que se trabajó mucho para intentar aumentar el número de estos especialistas en México, pero cree que el ritmo al que se mejora es todavía insuficiente. «El problema de los recursos humanos es mucho mayor que los problemas financieros porque la velocidad en que aumentan los casos es mucho más rápida. Necesitaremos el doble de profesionales [para responder a las necesidades cada vez mayores], pero para que haya un oncólogo capacitado se requieren por lo menos 12 años de formación.» La optimización de los recursos humanos es, por lo tanto, una parte importantísima de la versión preliminar de los programas nacionales de control del cáncer, añade.

También hay escasez de otros especialistas clínicos. Un estudio reciente reveló que ninguno de los países del estudio (excepto Chile y Uruguay, que no se incluyeron en el estudio) contaba con suficientes radiooncólogos. A excepción de Costa Rica, todos necesitaban también más físicos médicos.⁹⁹ Tampoco hay suficientes enfermeros en América Latina, y en el caso de los enfermeros de esta especialidad en cáncer, la carencia puede ser extrema. En Brasil, por ejemplo, entre 2005 y 2013, solo 150 enfermeros se especializaron en oncología.¹⁰⁰ El National Cancer Institute de EE. UU. estima, sin embargo, que solo en San Pablo hacen falta 300 para ocuparse de los pacientes con cáncer.¹⁰¹

Al analizar el panorama general, el profesor Jiménez explica que: «Los cirujanos capacitados adecuadamente para necesidades medias a complejas son escasos, al igual que los radioterapeutas y los enfermeros y patólogos, etc. Mi mayor frustración es que la comunidad política no percibe que las soluciones llevan muchos años, y están posponiendo iniciativas y leyes.»

Lagunas en la infraestructura de control del cáncer

La disponibilidad de la radioterapia es un elemento que representa la inversión en infraestructura para control del cáncer y solo unos pocos países tienen un muy buen desempeño en este campo de la LACCS (véase el gráfico 17). Tal como señala el Sr. Zoss: «Los recursos físicos y tecnológicos y los equipos más comunes para el diagnóstico y la atención del cáncer son bastante escasos en América Latina.»

La disponibilidad de tecnología de radioterapia es un elemento clave en el tratamiento de muchos tipos de cáncer. Como puede apreciarse en la tabla 10, en 2013 los países del estudio tenían muchos dispositivos de radioterapia menos por millón de habitantes que los países desarrollados.

⁹⁷ *Ibíd.*

⁹⁸ IU calculations based on data from Jiménez *et al.*, «Snapshot of Cancer in Chile».

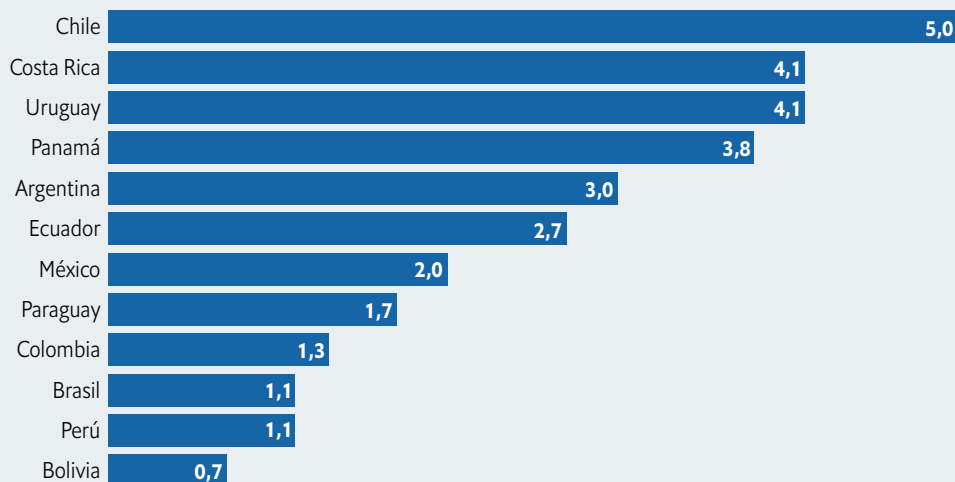
⁹⁹ N Datta *et al.*, «Radiation Therapy Infrastructure and Human Resources in Low- and Middle-Income Countries: Present Status and Projections for 2020», *International Journal of Radiation Oncology*, 2014.

¹⁰⁰ M Rivero de Gutiérrez, «The clinical practice of oncology nursing in Brazil: realities and challenges in the training of specialist nurses», *ecancermedicine*, 2014.

¹⁰¹ National Cancer Institute, *Human Resources for Treating New Cancer Cases in Brazil*. Disponible en: <https://rtp.cancer.gov/programsResources/lowIncome/brazil.pdf>.

Gráfico 17

Resultados de la LACCS en el campo «Disponibilidad de radioterapia», 2017



Nota: En este campo, se examina la disponibilidad del tratamiento con radioterapia en América Latina. Esto reviste una importancia especial para la región ya que el diagnóstico en etapas avanzadas aumenta la necesidad de radioterapia curativa y paliativa. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

Tabla 10: Tecnología de radioterapia en países seleccionados, 2013

	Aceleradores lineales por millón de habitantes	Máquinas de cobalto por millón de habitantes	Unidades de radioterapia por millón de habitantes	Máquinas de cobalto (% de todas las unidades)	Cobertura de radioterapia (%)
Uruguay	2,94	0,88	3,82	23,0%	112%
Argentina	1,93	0,82	2,75	29,8%	83%
Costa Rica	1,23	1,03	2,26	45,6%	84%
Brasil	1,43	0,31	1,74	17,8%	67%
Panamá	1,55	0,00	1,55	0,0%	77%
Colombia	0,75	0,70	1,45	48,3%	78%
Perú	0,82	0,30	1,12%	26,8%	66%
Chile	0,68	0,23	0,91	25,3%	101%
Paraguay	0,15	0,44	0,59	74,6%	51%
Bolivia	0,09	0,47	0,56	83,9%	44%
México	0,17	0,37	0,54	68,5%	70%
Ecuador	0,00	0,13	0,13	100,0%	61%
Promedio de los 12 países del estudio	0,98	0,47	1,45	32,6%	74%
Francia	6,63	0,16	6,78	2,4%	108%
Japón	6,70	0,49	7,19%	6,8%	108%
EE. UU.	11,93	0,44	12,37	3,6%	206%

Fuentes: OMS, General Health Observatory, Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.510?lang=en>; A Jemal et al., *The Cancer Atlas*, segunda edición, 2014. Disponible en: <http://canceratlas.cancer.org/data/>

Nuevamente, esta comparación es apropiada hasta cierto punto. La incidencia aproximada del cáncer es inferior en América Latina que en los países de mayores ingresos. Por consiguiente, como en Francia hay un número mucho mayor de casos de cáncer per cápita, se necesitan muchas más unidades de radioterapia que en Chile, por ejemplo, para lograr el mismo nivel de cobertura. No obstante, la provisión actual no parece ser suficiente. En el Atlas del Cáncer de la American Cancer Society (Estados Unidos), en donde se estudian las necesidades probables teniendo en cuenta el número de casos de cáncer en una jurisdicción determinada y la capacidad de sus equipos, se revela que solamente dos de los países del estudio —Chile y Uruguay— cuentan con equipos suficientes. Además, solo dos más pudieron cubrir más del 80 % de sus propias necesidades. En otro estudio académico se utilizaron dos métricas diferentes para medir la demanda pero se llegó a una conclusión similar con respecto a los suministros. Según cuál de estos enfoques se adopte, si consideramos los nueve países de ingreso mediano-alto de la región como un todo (todos se incluyen en este estudio), podrían suministrar solo el 59 % o el 76 % de la radioterapia necesaria.¹⁰²

Los países latinoamericanos también han sido más lentos que otras partes del mundo en obtener los equipos más modernos. En 2013, en promedio en los países del estudio, el 33 % de las máquinas de radioterapia no eran aceleradores lineales sino que utilizaban la tecnología antigua de cobalto 60. En los países de ingreso mediano-alto de la región Asia-Pacífico esta cifra fue de tan solo el 19 % y en África, del 29 %.¹⁰³ Esto puede reflejar un problema más amplio. Un análisis de 12 auditorías de la calidad de diferentes instalaciones en la región reveló que estos documentos contenían «muchas recomendaciones en las que se alerta a los gobiernos acerca de la necesidad evidente de destinar más recursos presupuestarios para radioterapia».¹⁰⁴

El Dr. Soria destaca el caso de Bolivia. «¿Por qué tenemos tan pocos equipos?», pregunta. «Durante años, la gente no entendió que estábamos migrando en nuestra epidemiología, aunque no teníamos todos los datos. Creyeron que no necesitábamos aceleradores lineales. Tendremos que invertir dinero, pero hay poca voluntad de hacerlo.» A menos que esto suceda, sin embargo, el déficit de equipos en gran parte de la región inevitablemente significa que los pacientes con cáncer se enfrentan a tiempos de espera prolongados y a un tratamiento subóptimo.

Acceso limitado a medicamentos

Otra área de tratamiento que se ve afectada por los presupuestos restringidos de control del cáncer es el acceso a farmacoterapias innovadoras. La aprobación regulatoria y en vademécums de nuevas terapias contra el cáncer puede ser lenta. Dado que el tipo de cáncer más frecuente en América Latina es el cáncer de pulmón, los investigadores de la LACCS estudiaron los tratamientos cubiertos para el cáncer de pulmón en Alemania, Australia, Canadá (provincia de Ontario), Francia y el Reino Unido para identificar una muestra de los fármacos contra el cáncer clave que más se recomiendan, ya sea antiguos, más nuevos o innovadores. Se observó que casi todos los países del estudio incluían en su vademécum cuatro fármacos antiguos, todos de la década de 1990. No obstante, de los tres fármacos más nuevos (que databan de mediados de la década pasada) ocho de los países del estudio no han aprobado ninguno y solo en Chile todos ellos estaban disponibles. Igual de sorprendente es el estado de los tres fármacos anticáncer de pulmón innovadores. Al momento de la redacción de este informe, ningún país había aprobado en su vademécum o cuadros básicos ninguno de estos tres fármacos. Esto explica por qué el campo de «medicamentos disponibles» se encuentra entre los peores de la LACCS (véase el gráfico 18).

¹⁰² E. Zubizarreta *et ál.*, «Need for Radiotherapy in Low and Middle Income Countries –The Silent Crisis Continues», *Clinical Oncology*, 2015.

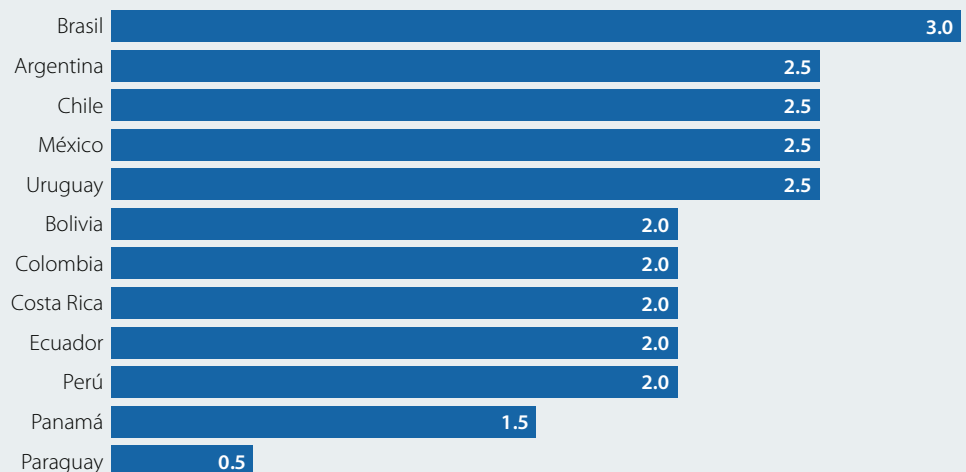
¹⁰³ *Ibíd.*

¹⁰⁴ E. Rosenblatt *et ál.*, «Quality audits of radiotherapy centres in Latin America: a pilot experience of the International Atomic Energy Agency», *Radiation Oncology*, 2015.

Si bien el costo suele citarse como una razón para la lenta aprobación de los fármacos anticáncer, una falta de capacidad para juzgar el valor de los medicamentos nuevos y para evaluar su precio apropiado también demora la adopción de las nuevas terapias. En las últimas dos décadas, aunque lentamente, han surgido en la región organismos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) para brindar asesoramiento sobre la rentabilidad, ya sea en forma de agencias estatales, como el Comité Nacional para la Incorporación de Tecnologías Sanitarias (CONITEC) en Brasil y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-SALUD) en México; ONG como el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina y la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, INAHTA); o las sociedades público-privadas, como es el caso del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia. Presumiblemente, la expansión de este tipo de HTA podría darles a los sistemas de salud una mejor idea de qué nuevas tecnologías son rentables y que vale la pena aprobarlas y esto podría, así, agilizar el proceso de toma de decisiones.

Gráfico 18

Resultados de la LACCS en el campo «Disponibilidad de medicamentos», 2017



Nota: En este campo, se examina la disponibilidad de determinados fármacos contra el cáncer y de la morfina para aliviar el dolor. El tipo de cáncer más frecuente en América Latina es el cáncer de pulmón. Los tratamientos recomendados en el Reino Unido, Australia, Canadá (provincia de Ontario), Francia y Alemania se utilizaron para identificar una muestra de los fármacos contra el cáncer clave que más se recomiendan, ya sea antiguos, más nuevos o innovadores. Para analizar la disponibilidad de medicamentos, se investigaron los principales vademécums. El consumo de morfina se incluye como indicador representativo de los cuidados paliativos. Todas las calificaciones que se presentan son en bruto y no se han normalizado. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (siendo 1 lo peor y 5 lo mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

Sin embargo, la aprobación por sí sola no garantiza el acceso. En Brasil, la constitución reconoce el derecho a la atención médica. Una vez que un fármaco es aprobado, los programas de seguro privado deben proporcionarlo al paciente, pero solamente cubren alrededor de a un cuarto de la población y no siempre actúan rápido. Aquellos que dependen del sistema de salud pública a menudo deben esperar más tiempo para que puedan cubrirse los fármacos nuevos, a veces hasta una década, según el Dr. Lopes.

En consecuencia, los pacientes están recurriendo a los tribunales para hacer valer sus derechos constitucionales. Entre 2012 y 2014, el 3,9 % de todos los pacientes con cáncer que contaban con un

¹⁰⁵ G Lopes, «Suing the state for access to cancer medications: The Brazilian experience», *Journal of Clinical Oncology*, 2015.

seguro privado en el país obtuvieron sus medicamentos mediante acciones legales, al igual el 3,3 % de los del sistema público. Y lo que es alarmante, el número de casos ha aumentado con el tiempo. En la segunda mitad de 2014, el 4,8 % de todos los pacientes brasileños recurrieron a acciones judiciales para obtener los medicamentos que necesitaban.¹⁰⁵

La judicialización de la medicina no se limita al cáncer, ni tampoco a Brasil. En Costa Rica, entre 2007 y 2011, la cantidad de acciones legales sobre el acceso a medicamentos alcanzó un promedio de 200 al año; cerca de la mitad de ellas fueron exitosas. Un muestreo aleatorio de estas acciones reveló que solo un poco más de la mitad se relacionaban con el tratamiento del cáncer.¹⁰⁶ En Argentina, Colombia y Uruguay también ha habido una considerable actividad judicial sobre este tema.^{107, 108} Cuando una persona está luchando con una enfermedad que pone en riesgo su vida y el tiempo es crucial, recurrir a los tribunales es lo último que necesita.

Los cuidados paliativos a menudo son inapropiados

Por último, otro elemento de la infraestructura del control del cáncer que falta en muchos países es la atención paliativa. El Dr. Mohar observa: «En América Latina, cerca del 60 al 70 % [de los pacientes con cáncer] son diagnosticados en etapas avanzadas y sufren mucho dolor. Muchos necesitarán en algún momento cuidados paliativos». Lamentablemente, el desarrollo de esta disciplina y las instalaciones adecuadas ha sido lento en América Latina también y, como dice el Sr. Zoss, «errático y sin seguir un patrón claro».

Unos pocos países se destacan como líderes. Según los datos del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica de 2012, Chile ostenta el 30 % de los servicios de cuidados paliativos de la región, aunque solamente el 3 % de su población los necesita. En lo que respecta a los servicios paliativos por millón de población (la métrica estándar en este campo), Costa Rica, Chile, Uruguay y Argentina cuentan con estándares similares a los de Europa occidental (ver tabla 11).¹⁰⁹

Panamá, México y Colombia están actuando para ponerse a tono: desde 2010 han aprobado leyes sobre la atención paliativa o lanzado políticas nacionales.¹¹⁰ El progreso es real: Panamá triplicó el número de personas que reciben cuidados paliativos entre 2010 y 2014.¹¹¹ Las dificultades

Tabla 11: Servicios de atención paliativa completos por millón de habitantes

Chile	16,06
Costa Rica	14,65
Uruguay	7,00 %
Argentina	3,76
Panamá	2,64
México	1,06
Ecuador	0,83
Paraguay	0,61
Bolivia	0,58
Colombia	0,50
Brasil	0,48
Perú	0,42

Fuente: T Pastrana et ál., *Atlas of Palliative Care in Latin America*, 2012.

actuales, sin embargo, siguen siendo considerables. El Dr. Mohar informa que: «En las grandes ciudades como México, no hay atención óptima pero sí adecuada. En las zonas rurales y suburbanas el acceso al tratamiento es bastante limitado». El Dr. Murillo cree que «todavía falta atención paliativa» en el control del cáncer en Colombia.

El número de servicios, sin embargo, no es todo lo que importa. Para ser eficaz, la atención paliativa debe integrarse en el sistema de salud. En este punto, la región queda rezagada con respecto a los países más desarrollados. Según la OMS y la

¹⁰⁶ O Norheim and B Wilson, «Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica's Constitutional Chamber of the Supreme Court», *Health and Human Rights Journal*, 2014.

¹⁰⁷ R Iunes et ál., «Universal Health Coverage and Litigation in Latin America», Banco Mundial en breve notes, número 178, 2012.

¹⁰⁸ V Abramovich and L Pautassi, «Judicial activism in the Argentine health system: Recent trends», *Health and Human Rights Journal*, 2013.

¹⁰⁹ C Centeno et ál., *EPAC Atlas of Palliative Care in Europe*, 2013.

¹¹⁰ E Soto-Perez-de-Celis et ál., «End-of-Life Care in Latin America», *Journal of Global Oncology*, 2016.

¹¹¹ The Economist Intelligence Unit, *The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world*, 2015.

¹¹² S Connor and M Bermedo (eds.), *Global Atlas of Palliative Care*, 2014.



Alianza por la Atención Paliativa Internacional, solo Costa Rica, Chile y Uruguay han logrado lo que llaman «integración preliminar», lo cual incluye la concientización sobre los cuidados paliativos de profesionales de la salud y comunidades locales. La mayoría de los otros que se incluyen en la clasificación presentan solo una provisión aislada (ver gráfico 19).¹¹²

Argentina y Paraguay ilustran lo que estos números y clasificaciones son en la práctica. Argentina cuenta con el cuarto número más alto de servicios per cápita y, según la OMS, «provisión generalizada». El Dr. Cazap explica que: «Tenemos algunos recursos, pero la integración real, en el sentido de comenzar con los cuidados paliativos tan pronto como lo recomienda la OMS, es generalmente mala». Muchos médicos no tienen muy claro cuál es su papel, añade, y por ende los pacientes no obtienen el alivio y el apoyo que necesitan. «Los planificadores y los expertos comprenden la importancia de la atención paliativa, y estamos en proceso de intentar integrarla mejor pero necesitamos más integración, y más real, de todos los actores del control del cáncer.»

Mientras tanto, ostentando el octavo número más elevado de servicios per cápita de los países del estudio y como parte de la categoría «provisión aislada» de la OMS, Paraguay tiene un «déficit de cuidados paliativos», según el Dr. Rolón. «Estimamos que 20 000 necesitan atención paliativa y tenemos una capacidad de entre 1 000 y 3 000.» Este año comenzó un programa de residencia en medicina paliativa, pero hay solo una persona inscrita. En el país, como gran parte de la región, queda mucho por hacer.

CAPÍTULO 6 CÓMO SUPERAR LA INEFICACIA Y LA DESIGUALDAD: QUEDA MUCHO POR HACER A PESAR DEL PROGRESO

La escasez general de recursos para tratar el cáncer en la región no significa que no haya disponibilidad alguna de un tratamiento de calidad. El Dr. Trimble señala que en América Latina hay «algunos hospitales especializados en cáncer excelentes que ofrecen una atención multidisciplinar muy buena», y cita como solo dos ejemplos los institutos nacionales del cáncer de México y Brasil. El Dr. Cazap concuerda con esto: «Con frecuencia, las instituciones académicas de la región ofrecen una atención de primer nivel.» El problema, añaden ambos, es que esto no es la norma, sino que hay una enorme disparidad.

Los recursos limitados complican este problema, al igual que la corrupción endémica y el uso poco eficiente de recursos que, señala el Dr. Lopes, son comunes en la región. No obstante, el profesor Jiménez explica que «esto no se trata solo del dinero. Una red bien organizada de prevención, *screening* y tratamiento del cáncer así como de atención de supervivencia y paliativa podrían seguramente lograr mucho más con el mismo presupuesto, o incluso con menos.»

El problema fundamental es que hay una distribución ineficiente de los recursos del control del cáncer, dada la naturaleza y la ubicación de la necesidad. Esto surge a causa de tres problemas importantes que se superponen: la fragmentación dentro de los sistemas de salud de América Latina; la desigualdad en la prestación de servicios basada en el poder adquisitivo; y las diferencias geográficas en la prestación de servicios.

Sistemas de salud heredados con historias complejas

Para poder comprender estos obstáculos en el control del cáncer, hace falta una breve descripción de los sistemas de salud y cómo se desarrollaron en los países del estudio. Se trata otra vez de un progreso que es considerable pero está lejos de ser óptimo.

Hay que empezar por reconocer una importante incoherencia entre la aspiración y la realidad en estos estados. Diez de los 12 países del estudio consagran un derecho a la atención médica en sus constituciones nacionales. De las excepciones, la mayoría de las provincias argentinas garantizan este derecho y Costa Rica es probablemente el país que menos necesita esta protección, dado que su sistema de salud actual es relativamente bueno.^{113, 114}

Paradójicamente, los fondos privados siguen siendo un contribuyente mayor al gasto en salud en América Latina que en el resto del mundo. En los países del estudio, según los datos del Banco Mundial, en promedio el 40 % del gasto en salud provino de fuentes privadas en 2014. En cinco de los 12, esta cifra es de más del 50 %. Del gasto en salud privado en estos países, tres cuartos (o el 30 % de todo el gasto en atención sanitaria) provino directamente del bolsillo de los pacientes, una cifra mucho mayor al promedio mundial del 18 %.

Este gasto a menudo es fundamental para proporcionar recursos de tratamiento del cáncer: en los siete países en los que los investigadores de la LACCS encontraron información, por ejemplo,

¹¹³ T Dmytraczenko and Gisele Almeida (eds.), *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries*, 2015; Fernando Torres and Oscar Acevedo, *Colombia Case Study: The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System*, 2013.

¹¹⁴ Abramovich and Pautassi, «Judicial activism in the Argentine health system».

un promedio del 35 % de los equipos de radioterapia estaban en el sector privado. Esto pone de manifiesto cuestiones apremiantes sobre la desigualdad en el acceso a la atención médica.

Este asunto no es nuevo para los gobiernos latinoamericanos. En todos los países del estudio, la búsqueda por un mayor acceso empezó —generalmente, en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial— con la creación de sistemas de atención sanitaria basados en la seguridad social financiados por varias combinaciones de deducciones del salario de los empleados y contribuciones de los empleadores. La cobertura dependía con frecuencia de la naturaleza del empleo. Según el país, podría haber sistemas separados para uno o más empleados y sus familiares de empresas privadas, el sector público civil, los militares y la policía. En Brasil, antes de las reformas recientes, los sistemas de salud diferían según en qué industria trabajara una persona.

Si bien la introducción y el desarrollo de sistemas basados en la seguridad social proporcionó gran parte de la cobertura de salud de las poblaciones, dejó también afuera a sectores considerables, como es el caso de quienes se encuentran en los márgenes económicos, como los desempleados y quienes trabajan en el sector informal. Desde la década de 1990, los gobiernos latinoamericanos (incluidos los 12 países del estudio) han tomado, en distintos momentos, uno de varios caminos para proporcionar cierto grado de atención sanitaria para toda la población.

Dos de ellos, Brasil y Costa Rica, han creado sistemas que respetan los acuerdos internacionales sobre atención médica universal. A principios de 1990, Brasil disolvió su antigua red de seguridad social basada en servicios de salud, que era demasiado compleja incluso con respecto a los estándares regionales, y creó un Sistema Unificado de Salud (*Sistema Único de Saúde, SUS*), un sistema de salud financiado por impuestos y accesible a todos.

Costa Rica tomó otro camino. En la década de 1990, reasignó todas las responsabilidades del ministerio de salud de tratamiento de pacientes, prevención y promoción de la salud al sistema gestionado por el organismo de seguridad social del país, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La CCSS abrió sus criterios de elegibilidad para sus servicios de manera tal que ahora incluyen no solo a los empleados, que siguen contribuyendo con deducciones de su salario, sino a toda la población. Aquellos que entran en esta nueva categoría de miembros no tienen que pagar nada pero tienen de todos modos beneficios casi idénticos. Esta única entidad de atención sanitaria —un híbrido entre seguridad social y financiamiento por impuestos— cubre a más del 90 % de los residentes del país, mientras que el resto opta por un seguro privado.

Más recientemente, en 2008, Uruguay comenzó a tomar este mismo camino al crear su Sistema Nacional Integrado de Salud. El organismo de financiamiento público de este sistema también recolecta contribuciones para la seguridad social de empleados y fondos adicionales del gobierno para ofrecer cobertura a quienes no pueden aportar. En 2013, ofrecía cobertura al 69 % de la población y parecía firme en su crecimiento.

En lugar de este tipo de reestructuración profunda del sistema, lo más común en la región son los planes destinados a tapar los huecos que dejan los seguros privados y la seguridad social. En Colombia, desde 1993 esto ha implicado seguros privados subsidiados por el gobierno para quienes no pueden costear las pólizas comunes obligatorias por ley. Otros países han creado programas de salud separados abiertos a toda persona sin otra cobertura, como el Seguro Popular de México y el Seguro Integral de Salud de Perú, ambos fundados en 2003. Paraguay y Ecuador, mientras tanto, han intentado en la última década cubrir la brecha con la prestación de servicios gratuitos en las redes

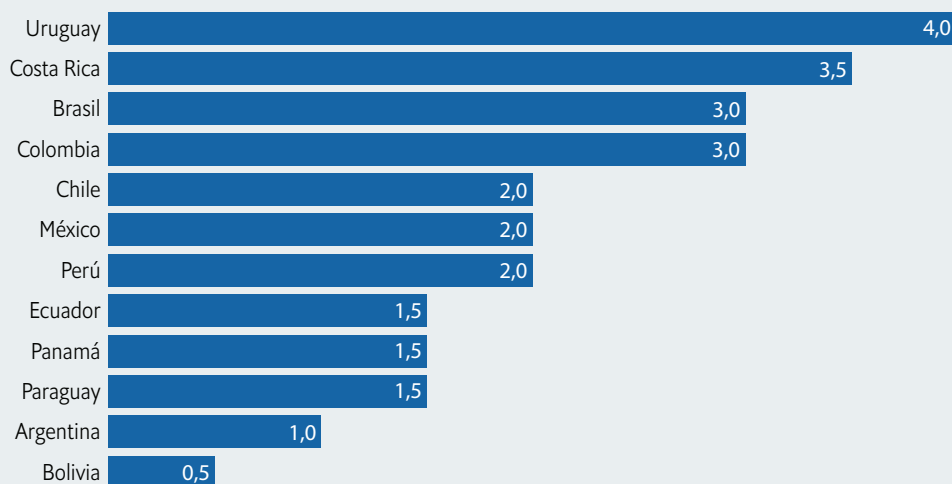
de hospitales y clínicas estatales, que existen junto con redes financiadas por la seguridad social y seguros privados.

Estos esfuerzos son importantes. Un estudio de la OPS reveló que en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay, junto con Guatemala y Jamaica, colectivamente 46 millones más de personas habían obtenido alguna forma de cobertura de un seguro de salud solo entre 2000 y 2015.¹¹⁵ Por lo tanto, en el campo «finanzas» de la LACCS, las calificaciones agrupadas más altas se encuentran en la disponibilidad de apoyo financiero para aquellos que necesitan tratamiento contra el cáncer.

En conjunto, sin embargo, el campo de finanzas es de los más débiles de los seis campos incluidos en la LACCS, y un área que requiere la atención urgente de los legisladores (véase el gráfico 20). Esto es así porque otros indicadores económicos son relativamente bajos, incluido el gasto en salud del gobierno (que se trata en detalle en el Capítulo 5) y el gasto por cuenta propia de los pacientes.

Gráfico 20

Resultados de la LACCS en el campo «Finanzas», 2017



Nota: En este campo, se examina la asistencia financiera y las inversiones existentes para ayudar a la gente a cubrir los costos de la atención del cáncer. Todas las calificaciones que se presentan son en bruto y no se han normalizado. Las calificaciones en bruto de cada campo se han normalizado a una escala de 1 a 5 (la 1 es la peor y la 5 es la mejor) para permitir las comparaciones entre los campos.

Fuente: The Economist Intelligence Unit, La tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS), 2017.

Tal como observa el Dr. Vargas acerca de Costa Rica: «No hay duda de que la atención sanitaria universal tiene un gran impacto en el control del cáncer». Pero añade que requiere mucho más. El collage de cobertura en América Latina ha creado un sistema con dificultades considerables también.

El impacto de la fragmentación

América Latina está tristemente fragmentada. Un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de 2014 se ocupó solamente del financiamiento de la atención médica y los pagos, sin siquiera analizar la prestación de los servicios de atención. Por cada seis atributos de los sistemas de salud, descubrió que había como mínimo niveles medianos de fragmentación en por lo menos uno de los seis países investigados (véase el gráfico 21).

¹¹⁵ Dmytraczenko y Almeida (eds.), *Toward Universal Health Coverage*.

Gráfico 21

Niveles de fragmentación comparativos en seis países de América Latina

Dimensión/ Indicador	Brasil	Colombia	México	Ecuador	Chile	Costa Rica
Organizaciones	MEDIANO-ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO-MEDIO	BAJO-MEDIO	BAJO
Riesgo mancomunado	BAJO	BAJO-MEDIO	MEDIO	BAJO-MEDIO	BAJO-MEDIO	BAJO
Elegibilidad	BAJO-MEDIO	BAJO-MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO
Beneficios	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO
Primas/ Contribuciones	BAJO-MEDIO	BAJO-MEDIO	MEDIO	BAJO-MEDIO	MEDIO	BAJO-MEDIO
Pagos	MEDIO	ALTO	MEDIO	BAJO-MEDIO	BAJO	BAJO

Fuente: T Bossert et al., "Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America," Nota técnica del Banco Interamericano de Desarrollo N.º IDB-TN-585, 2014.

La terminología del estudio que se utiliza en el gráfico puede dar la impresión de que la fragmentación es menor a la que existe realmente. En Ecuador, por ejemplo, con una «fragmentación mediana-baja» en relación con el número de organizaciones de atención sanitaria que tiene, hay cuatro sistemas basados en la seguridad social diferentes, un servicio de salud pública en aumento y un pequeño número de aseguradoras privadas. Incluso en Brasil, con su SUS universal, todavía hay fragmentación debido a que hay aproximadamente unas 1 600 aseguradoras privadas que, en conjunto, ofrecen cobertura a casi un cuarto de la población.¹¹⁶

Aparte de los países del estudio del BID, la fragmentación en la región suele ser igual de marcada. Por ejemplo, en Argentina (sin contar los servicios de salud a nivel provincial para las personas de sus jurisdicciones que no tienen cobertura) hay seis o siete sistemas, según la definición de cada uno, explica el Dr. Cazap. Aproximadamente el 30 % de la población tiene acceso a más de uno, añade. En Paraguay, mientras tanto, los sistemas de salud de los militares y la policía, al igual que los hospitales y las clínicas administradas por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, no están bajo el control del Ministerio de Salud sino de otros departamentos gubernamentales.

Un gran número de actores no es forzosamente algo malo. Dr. Lopes señala que: «Es difícil tener un sistema que cubra a 100 millones de personas y hay sistemas de salud sólidos que tienen una combinación de elementos públicos y privados». El problema es que la forma en que los diferentes sistemas dentro de cada país interactúan interfiere con un control del cáncer efectivo.

El análisis hasta ahora se ha ocupado en gran parte de quienes financian la atención sanitaria sin tratar el tema de los proveedores. Comúnmente, en América Latina cada pagador o institución importante —ya sea el sistema de seguridad social, el ministerio de salud, el servicio de seguridad o una aseguradora importante— tiende a trabajar con su propia red de proveedores de atención sanitaria. El resultado

¹¹⁶ Bossert et al., «Comparative Review».

con frecuencia es la creación de sistemas de salud paralelos, en los que obtener los beneficios de atención y equipos depende de cumplir ciertos requisitos para acceder a una determinada red cerrada. El Dr. Mohar explica cómo es esto en México: «Si uno pertenece a un sistema, tiene acceso a una infraestructura específica». Algo similar ocurre en Argentina, explica el Dr. Pradier: «hay diferentes sistemas que atienden a la población de nuestras 24 provincias: hospital público para quien no tiene ninguna cobertura de salud; planes de atención provinciales o nacionales; planes de salud relacionados con los sindicatos o el empleo; y planes de atención médica privados similares a una organización de mantenimiento de la salud (*health maintenance organisation*, HMO) de EE. UU.». Lamentablemente, en una situación en donde los recursos de control del cáncer son relativamente escasos, esto puede significar que la supervivencia depende de si uno pertenece al sistema adecuado.

Los silos entre los proveedores no son siempre rígidos. Colombia tiene un sistema en gran medida de libre mercado en donde las aseguradoras contratan a todo tipo de proveedores de atención médica, mientras que en Brasil si alguien tiene un seguro o si está dispuesto a pagar, es posible alternar entre el SUS y la atención privada. En Latinoamérica, la dificultad que hay en estas situaciones es la mala comunicación entre los sistemas. El Dr. Lopes explica que «el mayor problema» que surge de la fragmentación es «que cada sistema no se comunica bien, ya sea internamente o externamente. A menudo, lo que comparten no son registros médicos reales».

Los incentivos a menudo tampoco logran recompensar a la atención centrada en el paciente e integrada, que es la forma más eficaz de abordar el cáncer. Esto es especialmente evidente en los proveedores privados. El Dr. Murillo explica que como hay varias aseguradoras, es difícil coordinar los programas de salud pública. Un proveedor podría decir que ofrece servicios de oncología, «pero esto podría ser solo una unidad de quimioterapia. No hay mucho interés en ofrecer atención integral o cuidados paliativos». De manera similar, en la experiencia del Dr. Cazap, el sector privado se concentra menos en el *screening* del cáncer, y ni hablar de la prevención, que el sector público.

La reorganización de los incentivos del sistema puede tener muy buenos efectos. El Dr. Trimble atribuye el gran éxito de Chile en el tratamiento del cáncer infantil al hecho de que el gobierno haya acordado pagar por el tratamiento de estas afecciones pero insistiendo en que la atención tenga lugar en una de las cuatro clínicas que cuentan con protocolos estandarizados de atención integral de alta calidad. En Colombia, mientras tanto, se está empezando a incentivar a los proveedores para que creen unidades clínicas integradas dentro de las instalaciones de atención sanitaria para proporcionar no solamente servicios de oncología, sino también otros servicios complementarios como nutrición, cuidados paliativos, rehabilitación y salud mental.

Sin embargo, el cambio a nivel regional probablemente sea lento debido a las barreras sistémicas que están tan arraigadas. El Dr. Mohar cuenta que él propuso una reforma estructural importante hace algunos años pero que nada ha cambiado: «El gobierno se comprometió a hacerlo, pero sigue teniendo el mismo sistema de salud desde 1942».

Desigualdades en el acceso entre ricos y pobres

A pesar de los esfuerzos recientes por ampliar el acceso a la atención médica, algunas personas quedan desprotegidas en medio del *collage* de sistemas de atención. La OPS suele hacer referencia a su cifra de 2012 de que alrededor del 30 % de la población no tiene acceso a la atención sanitaria

¹¹⁷ OPS, *Health in the Americas*, 2012.

por motivos económicos en América Latina y el Caribe.¹¹⁷ Los países del estudio son más ricos y, en promedio, tiene una situación mucho mejor, pero incluso en Argentina, el 36 % de los habitantes no cuentan con seguro de salud y dependen de la atención pública. En Ecuador, la cifra es del 51 %, lo cual explica su estrategia de intentar brindar atención gratuita mediante el ministerio de salud pública. Incluso en México, a pesar de la expansión rápida de su Seguro Popular, se estima que un 8 % de la población no tiene cobertura.^{118, 119}

Además, los indudables esfuerzos de la región por mejorar el acceso general a la atención médica han tenido un efecto mixto en el control del cáncer. El Dr. Trimble observa que los esfuerzos por crear una atención sanitaria universal «no cubren todas las afecciones. Esto significa que se elige qué pacientes pueden acceder al sistema».

El Seguro Popular de México es un claro ejemplo de eso. A muchos, literalmente, les ha salvado la vida. La profesora Knaul considera que es un «lujo» trabajar en la concientización sobre el cáncer de mama en México: «Si puedo promover la detección temprana del cáncer de mama, habrá acceso a los medicamentos y la atención que las mujeres necesitan para sobrevivir a la enfermedad. El dinero para el tratamiento no es el factor limitante». El Dr. Mohar ofrece cifras concretas que respaldan esta postura: antes de la introducción del programa en la ciudad de México, dice, el 30 % de las pacientes abandonaron el tratamiento contra el cáncer a los 12 meses; tres años después, el Seguro Popular cubría la atención del cáncer de mama, pero tan solo en un 1 %.

No obstante, la cobertura, aunque se está expandiendo, siempre ha sido limitada. En sus comienzos en 2003, el Seguro Popular cubría solamente el tratamiento del cáncer de cuello de útero. La lista de tipos de cáncer ha aumentado constantemente con el tiempo e incluye ahora el cáncer de mama, próstata, colorrectal, testicular y ovárico. Sin embargo, los tipos de cáncer que tienen la quinta, sexta y séptima tasa de incidencia (pulmón, estómago e hígado) siguen sin estar incluidos. Aquellos que padecen estos tipos de cáncer siguen enfrentándose a costos potencialmente catastróficos.¹²⁰ Y lo que puede estar en juego es un mal pronóstico en el caso de los tipos de cáncer no cubiertos por ningún sistema de salud. El Dr. Trimble observa que a medida que los países expanden la cobertura de los tipos de cáncer, tienden a asignar sus limitados recursos a aquellos que sean más tratables.

El resultado de enfrentarse al cáncer sin cobertura de un seguro o de alguna otra red de seguridad es tan predecible como devastador. En Ecuador, casi la mitad del gasto en atención sanitaria provino del bolsillo de los pacientes en 2014, y según cómo se defina, entre el 7 % y el 16 % de la población debe afrontar un gasto en atención médica devastador en cualquier año dado.¹²¹ El Sr. Merino explica que: «La constitución garantiza el tratamiento gratuito para enfermedades catastróficas, pero lamentablemente, el estado no cumple con sus compromisos como debería». Informa además que una encuesta llevada a cabo por su organización entre familias afectadas por cáncer pediátrico se reveló que el 40 % de los pacientes abandonan el tratamiento tras haberlo empezado. Esto no es sorprendente, ya que el 68 % de las familias encuestadas ganan menos de US\$400 por mes y prácticamente todas las madres tuvieron que dejar de trabajar para cuidar a sus hijos.

De manera similar, si bien ahora en Paraguay hay atención hospitalaria gratuita, esta solo cubre los medicamentos contra el cáncer básicos. Cabe citar aquí en detalle lo que explica el Dr. Rolón. «Cuando la gente descubre que tiene cáncer, se desespera porque piensa en la relación entre dinero y tratamiento. Hemos visto a familias caer en la ruina porque tenían que vender todo para comprar los medicamentos que el sistema de salud todavía no les provee. Una persona con cáncer

¹¹⁸ Strasser-Weippl *et ál.*, «Progress and remaining challenges».

¹¹⁹ Bossert *et ál.*, «Comparative Review».

¹²⁰ A Aggarwal *et ál.*, «The challenge of cancer in middle-income countries with an ageing population: Mexico as a case study», *ecancermedicalscience*, 2015.

¹²¹ F Knaul *et ál.*, «Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries», *Salud Pública de México*, 2011.

desequilibra todo el ecosistema de la familia: dado que los recursos son limitados, dado que el paciente necesita cuidados, y esto afecta el tiempo que se puede ir a trabajar y, por lo tanto, las finanzas familiares. La familia cae en picada a menos que algo, como la atención sanitaria pública, detenga la caída.»

Estas son situaciones extremas. Lo más común, como demuestran los resultados del campo finanzas de la LACCS, es que en los países del estudio, incluso aquellos con pocos recursos económicos y ningún seguro de salud o cobertura de la seguridad social obtengan cierto grado de atención del cáncer. Aquí, no obstante, la disparidad en la calidad entre este tratamiento y el que reciben quienes tienen acceso a sistemas privados o basados en la seguridad social es un asunto de gran importancia.

El Sr. Zoss explica que en muchos países latinoamericanos cuyas estructuras de atención médica están fragmentadas «la atención es mínima para las personas pobres o en situación laboral precaria. Hay una asignación de recursos no objetiva y desigualdades en la atención del cáncer en diferentes grupos de la población.» Si bien las redes públicas diseñadas para atender a personas pobres son mejores que nada, por lo general cuentan con muchos menos recursos per cápita. La falta de interacción entre los diferentes sistemas de salud significa que los pacientes más carenciados no pueden acceder a los médicos o a la tecnología de los sistemas mejor equipados. Julio Frenk, un académico experto en salud y exministro de salud mexicano, ha caracterizado la situación de estas redes de salud paralelas sin una interacción significativa como un «apartheid médico» debido a cómo acentúa la desigualdad en el acceso.¹²²

Como se mencionó anteriormente, el SUS de Brasil está rezagado con respecto a los proveedores privados de atención sanitaria en la adopción de tratamientos nuevos. Para ilustrar los resultados, el Dr. Lopes contrasta el destino de su abuelo y de su tío abuelo. Ambos hermanos fueron diagnosticados con un tipo de cáncer tratable. Su tío abuelo, que dependía del sistema público, no recibió los medicamentos necesarios y falleció al término de un año. Su abuelo, que podía acceder al sistema de salud militar porque había estado en el ejército en la Segunda Guerra Mundial, tuvo un tratamiento excelente y hace poco celebró su 90.º cumpleaños.

A un nivel más general en la región, la correlación clara entre un nivel socioeconómico más bajo y un tasa inferior de supervivencia al cáncer indica que aquellos más carenciados simplemente no reciben la misma calidad de *screening* y atención.¹²³ Como observa el Dr. Medici, la mayor desigualdad en el control del cáncer en la región es que «los sectores más pobres de la población no tienen acceso a una prevención adecuada del cáncer, ni a medidas de promoción de la salud extensivas ni a la detección temprana».

Desigualdades en el acceso entre la ciudad y el campo

A las desigualdades socioeconómicas en América Latina en el control del cáncer se suman las diferencias geográficas. En promedio, el 22 % de la población de los países del estudio vive en zonas rurales (véase el gráfico 22). Comúnmente, estas áreas tienen menos recursos económicos que las ciudades: en los países del estudio para los cuales hay datos disponibles, en promedio el 20 % de la población urbana vive en la pobreza; en las zonas rurales, esta cifra es del 33 %.¹²⁴ Evidentemente, en la ciudad hay una mejor atención sanitaria y acceso al tratamiento contra el cáncer.

La disparidad entre el campo y la ciudad empieza con el *screening*. Un estudio mexicano, por ejemplo, reveló que había una baja frecuencia de mamografías y seguimiento de hallazgos anómalos en una

¹²² R Atun *et ál.*, «Health-system reform and universal health coverage in Latin America», *The Lancet*, 2015.

¹²³ Ver los estudios citados en Strasser-Weippl *et ál.*, «Progress and remaining challenges».

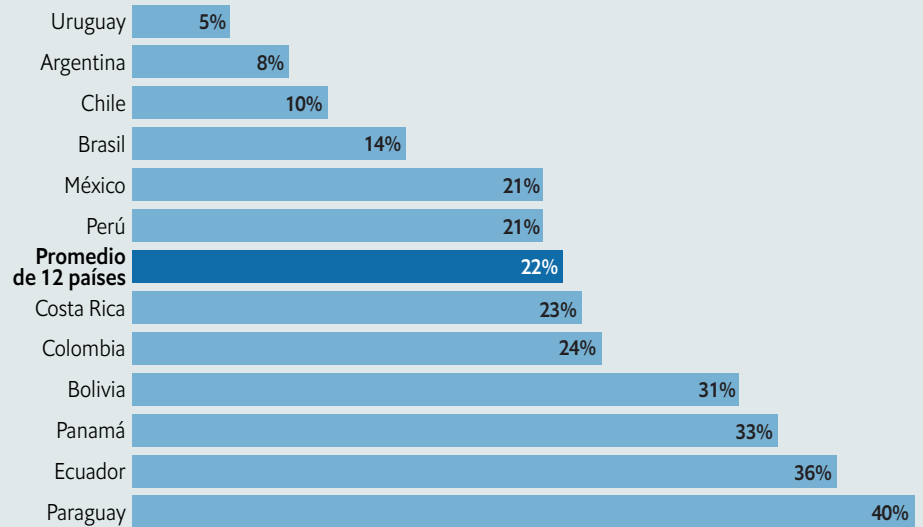
¹²⁴ Cálculos de The Economist Intelligence Unit sobre la base de los datos de CEPALSTAT, *Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe*, 2016.

¹²⁵ S Sosa-Rubí *et ál.*, «Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México», *Salud Pública de México*, 2009.

¹²⁶ Goss *et ál.*, «Planning cancer control in Latin America».

Gráfico 22

Porcentaje de la población que habita en áreas rurales



Fuente: Cálculos de The Economist Intelligence Unit sobre la base de los datos de CEPALSTAT Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, 2016.

zona rural pobre, en gran parte debido a una escasez de instalaciones médicas.¹²⁵ Mientras tanto, en Brasil, el *screening* del cáncer de cuello de útero parece realizarse con mucha menor frecuencia en las provincias rurales que en las zonas más urbanizadas.¹²⁶ En un extremo, un estudio calculó que entre 1987 y 2008 las probabilidades de que una mujer que estuviese viviendo en la zona rural de Ecuador se hiciera un Papanicolaou eran de tan solo la mitad de las de una mujer que viviera en una ciudad.¹²⁷ La calidad también es un gran problema. En Brasil, el 10 % de las pruebas de Papanicolaou son ilegibles; en el estado rural del Amazonas, esta cifra llega hasta el 60 %.¹²⁸

En parte, esto es debido a la mayor dificultad para poder llegar a las personas que están más aisladas geográficamente. El Sr. Gaviria explica que, aun cuando la amplia mayoría de los colombianos tienen alguna forma de seguro de salud, «un importante desafío —y nuestro objetivo principal— es mejorar el acceso a los servicios de salud, principalmente la promoción de la salud y la prevención, a aquellos que no cuentan con las instalaciones debido a barreras geográficas o culturales».

Para esto, harán falta nuevos métodos, dice el Dr. Murillo: «Sería imposible hacer un *screening* de cáncer de cuello de útero de la misma forma en la región del Amazonas que en Bogotá. Es difícil acceder a algunas comunidades para efectuar detecciones tempranas y brindar tratamiento». Al mismo tiempo, las instalaciones en las que se podría hacer el *screening* y el diagnóstico temprano distan mucho también de ser útiles. Por ejemplo, el Dr. Mohar explica lo siguiente de su país: «México es un país de ingreso mediano, pero en las zonas rurales, a veces es muy pobre. El acceso a atención primaria también es bastante deficiente. Es por eso que hay diagnósticos tardíos.» Considera que la versión preliminar del plan nacional de control del cáncer es una oportunidad para mejorar la atención en entornos rurales.

La desigualdad entre la ciudad y el campo en cuanto al tratamiento del cáncer es aún más brutal que en el caso del *screening*. Lo que el Dr. Pradier cuenta de Argentina podría aplicarse en varios lugares:

¹²⁷ Soneji y Fukui, «Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America».

¹²⁸ Bychkovsky *et ál.*, «Cervical Cancer Control in Latin America».

«Hay una gran diferencia entre los grandes centros en las ciudades, que están bien equipados, y lo que hay disponible en regiones remotas». Por ejemplo, como puede verse en la tabla 12, los aceleradores lineales generalmente se encuentran mucho más concentrados en las capitales de los países y otras ciudades principales porque el número de habitantes lo justifica. Argentina, cuya atención sanitaria se divide por provincias, es la única que ha escapado a este problema.

Tabla 12: Disponibilidad de aceleradores lineales en capitales de país

	% de aceleradores lineales en la capital del país*	% de población nacional que vive en la gran área metropolitana de la capital del país
Argentina	30 %	35 %
Bolivia	50 %	17 %
Brasil*	23 %	16 %
Chile	50 %	36 %
Colombia*	60 %	35 %
Costa Rica	100 %	24 %
Ecuador	50 %	11 %
México	32 %	16 %
Panamá	100 %	43 %
Paraguay	100 %	36 %
Perú	59 %	32 %
Uruguay	66 %	50 %

Nota: En el caso de Brasil, las cifras corresponden a la combinación de San Pablo y Río de Janeiro; en el caso de Colombia, son las cifras de Bogotá, Cali y Medellín.

Fuente: Cálculos de The Economist Intelligence Unit basados en OIEA, *Directory of Radiotherapy Centres*; EIU Canback, Canback Global Income Distribution Database (C-GIDD).

Los recursos humanos también están altamente concentrados, observa el Dr. Lopes. «Muchos especialistas en cáncer de América Latina siguen concentrándose en los grandes centros terciarios de tratamiento del cáncer en zonas urbanas. En las ciudades brasileñas hay una buena atención, especialmente en el sector privado, pero en el Amazonas prácticamente no hay acceso.» En Perú, mientras tanto, el 85 % de los oncólogos vive en la capital, mientras que en algunos estados del país no hay ni uno. En Colombia, por su parte, más del 60 % de los oncólogos viven en las cuatro ciudades más grandes.¹²⁹

Incluso los países más pequeños tienen este problema. Panamá cuenta con la segunda superficie más pequeña de los países del estudio. El Dr. Juan Pablo Barés, presidente de FUNDACÁNCER, una ONG panameña, y exdirector del Instituto Oncológico Nacional del país, cree que en general el país cuenta con los recursos humanos necesarios para ocuparse del cáncer. Sin embargo, añade: «Como el único centro de tratamiento del cáncer público se encuentra en la ciudad de Panamá, el acceso para quienes viven en zonas rurales y áreas alejadas no es fácil, lo que puede provocar demoras en la detección temprana y en el tratamiento».

En Costa Rica también ocurre esto. El Dr. Vargas señala que, si bien hay una red nacional de clínicas de cáncer de mama que ha tenido mucho éxito, «nuestro mayor punto débil [en cuanto al control del cáncer] es la necesidad de crear una red de oncología que permita un acceso fácil y oportuno a la población rural, para que tengan una transición más fácil a nuestros hospitales principales en San José».

¹²⁹ Goss et al., «Planning cancer control in Latin America».

El efecto de la división entre urbano y rural en los pacientes que viven en el campo es multifacético. Los costos del viaje y el tiempo sin trabajar para las personas carenciadas del campo que implica trasladarse a una ciudad principal son considerables. El Dr. Vallejos explica: «Perú es demasiado grande [como para que la atención concentrada en ciudades funcione]. No tenemos buenas carreteras. Desde la jungla, la única forma de llegar a Lima es en avión, y eso es caro. Sería muy poco práctico que todos acudiesen a un instituto contra el cáncer. Debemos ir tras la población rural y brindarles servicios».

Los problemas pueden ir más allá de los costos inmediatos. En Ecuador, dice el Sr. Merino, cerca del 30 % de los pacientes con cáncer pediátrico del hospital de Quito son del campo. Esto quiere decir que casi con seguridad el padre o madre (generalmente es la madre) que acompañe al niño perderá su trabajo. Al mismo tiempo, casi un tercio de estos niños no reciben ningún tipo de educación formal.

Quizás el impacto más perjudicial de los efectos combinados de la fragmentación del sistema de salud y las desigualdades económicas y geográficas en la atención del cáncer sean las actitudes de quienes peor servicio reciben de los sistemas de atención sanitaria. El Dr. Trimble observa que: «En aquellas áreas en donde no hay suficientes servicios de tratamiento y diagnóstico, los pacientes con cáncer se presentan ya en etapas avanzadas y se asocian con malos resultados». Esto, a su vez, perpetúa el estigma y el miedo, lo cual hace que los pacientes demoren su consulta, formando así un círculo vicioso.

Para romper ese círculo, los países de América Latina deberán ir más allá del progreso en brindar a más personas pobres acceso a atención médica básica para aplicar los limitados recursos para el control del cáncer de manera más eficiente en donde se necesitan. Es difícil no estar de acuerdo con el Dr. Lopes cuando afirma: «En algunos de los sistemas de salud de la región, se podría incluso lograr resultados mejores gastando menos dinero si tan solo estuviesen mejor organizados».

CONCLUSIÓN: CENTRALIZAR Y DESCENTRALIZAR LA ATENCIÓN PARA EL CÁNCER

En lo que respecta al control del cáncer, América Latina es realmente una tierra de luces y sombras. Hay avances —como la vacunación extendida contra el VPH, las leyes antibacano cada vez más estrictas y un acceso cada vez mayor a algún grado de atención médica para quienes antes no tenían seguro— pero también sigue habiendo problemas persistentes como la aceleración de la epidemia de obesidad, el «apartheid médico» que limita a los ciudadanos más pobres a recibir atención con menos recursos y una gran falta de cuidados paliativos. Realmente, en una región en donde dos países cercanos eligen como presidente a un oncólogo y al retoño de una familia de fabricantes de cigarrillos parece imposible poder hacer cualquier generalización sobre el control del cáncer.

Nos equivocáramos si ignoramos que ha habido efectivamente un progreso en los últimos años, pero también seríamos imprudentes si creemos que lo que se ha logrado hasta ahora es suficiente. La incidencia del cáncer aumentará rápidamente en la región, y si no se hace nada, la tasa de mortalidad aumentará más rápido, duplicándose para el año 2035. Mientras tanto, la complejidad de esta cuestión también aumentará a medida que las transiciones epidemiológicas que se produzcan a diferentes ritmos en cada país, y dentro de ellos, creen un caleidoscopio de cargas relacionadas con el cáncer que requieran una amplia gama de respuestas.

América Latina presenta una diversidad demasiado grande como para que unas prescripciones simples sobre cómo superar este desafío tengan algún valor. Cada país tiene sus propio conjunto de problemas relacionados con el cáncer y las respuestas a nivel nacional deben basarse muchas veces en recursos del control del cáncer ya existentes muy diferentes. (Los estudios de caso de cada país que acompañan este informe regional arrojarán más luz sobre los retos y respuestas específicos de cada país.)

No obstante, en este estudio se demuestra que los legisladores deberían considerar cinco áreas clave.

- **Planificación para combatir el cáncer:** los planes nacionales de control del cáncer son cada vez más comunes en América Latina, pero en algunos países siguen faltando, y en otros existen mayormente solo en el papel. Los legisladores y la sociedad civil deben cerciorarse de que su plan nacional de control del cáncer sea adecuado para su objetivo, que cuente con los recursos necesarios para su implementación.
- **Monitoreo de datos:** el registro de datos ha mejorado mucho en la región, pero la mayoría de los países todavía tienen, como mucho, solo una idea parcial del problema del cáncer y cómo este está evolucionando. Los datos sobre la mortalidad también suelen ser escasos. Los gobiernos que son serios en cuanto a elaborar una respuesta eficaz a la enfermedad deberán invertir en eso, para poder conocer a fondo la dimensión del problema.
- **Construir sobre la base de la prevención y el diagnóstico temprano:** los programas de vacunación contra el VPH y la legislación antibacano son logros importantes que salvarán vidas. Avanzar más en la respuesta a la epidemia de obesidad y otros riesgos requerirán de educación para convencer a la gente de la necesidad de abandonar los malos hábitos; esto podría luego reforzarse con

normas, como los impuestos al azúcar. Hasta entonces, no habrá un *screening* efectivo a menos que los programas se integren mejor en la prestación de atención sanitaria en general.

- Encontrar las herramientas necesarias: todos los gobiernos tienen una amplia variedad de demandas en sus presupuestos y muchas de ellas necesitan mucha atención. Al poner en la balanza las prioridades, sin embargo, los legisladores deben comprender que para poder lidiar con la carga actual del cáncer, y ni hablar de prepararse para su inevitable crecimiento, los presupuestos para atención sanitaria en general, y para los recursos humanos oncológicos especialistas y equipos en particular, deberán incrementarse.
- Derribar barreras para lograr un mayor acceso: Más personas de la región tienen más acceso a atención sanitaria, y a tratamiento contra el cáncer, que nunca antes. Pero, con demasiada frecuencia, aquellos que viven en el campo y quienes se encuentran en el sistema «equivocado» de atención sanitaria siguen teniendo un acceso insuficiente al control del cáncer. La región participa en varios experimentos para tratar de solucionar este problema. Los legisladores deben permanecer alerta por si alguno de ellos resulta relevante para las circunstancias de su país.

El peligro de este tipo de lista de tareas pendientes se parece demasiado a una lista de la compra, y la política contra el cáncer eficaz depende de una amplia gama de actores, de los cuales, no todos podrían verla como una prioridad principal. La necesidad de ir más allá de programas acotados — que muchos países latinoamericanos han podido implementar— hacia una estrategia integrada e integral.

Lograr esto con los sistemas de salud fragmentados de la región requiere de un cambio en la gobernanza. Para ello, una tendencia creciente en la región puede mostrar un camino que permita fomentar el progreso en la lucha contra el cáncer.

Esto empieza con la centralización de las políticas como una forma de asegurarse de que alguien se está concentrando en el problema. El Dr. Vallejos explica que el primer paso clave para poner en marcha lo que se convirtió en el Plan Esperanza de Perú fue «aislar la gestión del cáncer como un problema único. Una de nuestras mayores fortalezas ahora es, como el National Cancer Institute en EE. UU., tener una institución que controle toda la política con respecto al cáncer en el país. Este es un logro que debemos tratar de preservar». El Instituto Nacional del Cáncer de Brasil, o INCA, siempre ha tenido un rol de orientador de políticas. De manera similar, desde 2010, el INC de Argentina ha dado un sentido de cohesión a la política del país sobre el cáncer, lanzando varias iniciativas de vacunación, *screening* y cuidados paliativos a nivel nacional.

Otros esperan seguir estos modelos. En México, el INCan se puso al mando de la redacción del nuevo programa nacional de control del cáncer propuesto y, sin duda, será un actor principal en su implementación. El profesor Jiménez informa que los especialistas en cáncer de Chile han propuesto la creación de un organismo centralizado «para diseñar y elaborar, de manera participativa, una política sobre el cáncer» allí. De manera similar, el Dr. Rolón informa que el Instituto Nacional del Cáncer de Paraguay está en negociaciones avanzadas para «convertirse en el cuerpo que rijan las políticas sobre cáncer en el país».

Junto con este movimiento para centralizar la supervisión de las políticas hay, quizás contradictoriamente, un impulso por descentralizar la prestación de servicios. Se reconoce ampliamente la necesidad que hay. Un elemento clave de la propuesta chilena es delegar el tipo de

intervenciones adecuadas a los niveles correspondientes, ya sea atención primaria, secundaria o terciaria, o incluso a otros agentes públicos como las escuelas. De manera similar, el Dr. Barés cree que Panamá «requiere la descentralización del Instituto Oncológico Nacional».

Otros países parecen estar preparados para tomar medidas en ese rumbo. Un programa piloto que es parte del cambio del INC de Paraguay ayudará a las unidades de salud familiar locales a llevar a cabo un *screening* del cáncer colorrectal. La versión preliminar del plan nacional de control del cáncer de México sería implementada por una variedad de actores primarios y secundarios.

Este tipo de descentralización ha estado teniendo lugar en Perú, que además de su instituto nacional del cáncer, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), está construyendo ahora su cuarto instituto regional. No obstante, el Dr. Vallejos sostiene que lo más importante de brindar una atención más distribuida ha sido la utilización de la red ya existente de trabajadores de la salud en la comunidad para proporcionar vacunas, promoción de la salud, diagnósticos básicos y derivaciones.

Colocar a una sola organización con la capacidad de coordinar acciones entre los servicios de salud y otros servicios gubernamentales a cargo del diseño y la supervisión de las políticas sobre el cáncer podría ser la forma de reordenar los complejos sistemas de salud de América Latina y hacer el uso más eficiente del limitado presupuesto y otros recursos disponibles.

APÉNDICE: METODOLOGÍA

El objetivo de la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina (LACCS) es proporcionar una evaluación cuantitativa rápida de políticas y programas diseñados para reducir las desigualdades en el acceso a la atención del cáncer en 12 países latinoamericanos. El equipo de atención sanitaria de The Economist Intelligence Unit efectuó una revisión rápida de la bibliografía para encontrar revisiones sistemáticas en bases de datos bibliográficas y búsquedas en Internet para identificar áreas de políticas prioritarias para mejorar el acceso a la atención del cáncer y reducir la desigualdad en cuanto a ello.

Los campos y los indicadores que los constituyen abarcan los asuntos más importantes de la región. Cada campo está compuesto por uno o más indicadores. Dado que los campos presentaban variaciones en el número de indicadores, normalizamos las calificaciones mediante un estándar de todas las calificaciones en una escala de 0 a 5. Se presentan las calificaciones finales para los campos y los países. El objetivo de la tabla de calificaciones no es hacer un ranking de los países sino identificar oportunidades para el desarrollo de futuras políticas.

Los seis campos y cómo ayudan a reducir la desigualdad en el acceso son los siguientes:

1. Plan estratégico

Los planes y estrategias de control del cáncer permiten a los países comprender la situación actual y predecir las tendencias futuras para poder formular planes de acción acordes a eso. La información se extrajo de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), International Cancer Control Partnership, ministerios de salud y otros organismos gubernamentales relevantes.

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. la existencia de un plan sobre el cáncer;
- b. si el plan sobre el cáncer está actualizado; y
- c. si hay alguna disposición específica para resolver las desigualdades.

2. Supervisión del desempeño

Los registros recopilan información sobre los resultados del cáncer en el tiempo y esto permite llevar a cabo investigaciones epidemiológicas acerca de la incidencia, la prevalencia y los resultados. También proporcionan información que permite evaluar el impacto de los cambios en las políticas con el correr del tiempo. Los datos se extrajeron de fuentes de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC).

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. la existencia de registros;
- b. qué porción de la población está cubierta por los registros; y
- c. la calidad de los datos del registro.

3. Disponibilidad de medicamentos

Los medicamentos son esenciales para tratar el cáncer. Por lo tanto, es importante que haya acceso a medicamentos de quimioterapia básicos, más nuevos e innovadores para el cáncer de pulmón, ya que es la principal causa de muerte por cáncer en la región. Para seleccionar los medicamentos anticáncer de estos indicadores, se analizó qué medicamentos se recomiendan para tratar el cáncer de pulmón en el Australia, Canadá (provincia de Ontario), Francia, Alemania y Reino Unido. Se seleccionaron estos países como ejemplos de sistemas de salud maduros, bien desarrollados y basados en evidencias, que utilizan procesos de evaluación tecnológica de la salud para decidir si deben reembolsarse o no los medicamentos. La morfina como analgésico también es un elemento clave de la atención paliativa del cáncer y, por eso, un indicador exploró el consumo en mg per cápita. Los datos sobre la disponibilidad se obtuvieron de vademécums nacionales, o bien, de vademécums con una amplia cobertura, como el de la Universidad de Wisconsin.

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. la disponibilidad de los cuatro agentes anticáncer clave para el cáncer de pulmón: docetaxel, gemcitabina, paclitaxel y vinorelbina;
- b. la disponibilidad de los tres agentes anticáncer más nuevos para el cáncer de pulmón: gefitinib, pemetrexed y erlotinib;
- c. la disponibilidad de tres agentes anticáncer innovadores para el cáncer de pulmón: ceritinib, crizotinib y osimertinib; y
- d. si el consumo de morfina (mg per cápita) está por encima o por debajo del promedio en los países incluidos.

4. Disponibilidad de radioterapia

El diagnóstico tardío en la región hace que la radioterapia sea importante para los cuidados curativos y paliativos. No obstante, es preocupante el número reducido de unidades de radioterapia que hay disponibles así como la falta de personal calificado para operarlas. La información se obtuvo de la OMS, el Atlas del Cáncer y la OPS.

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. la proporción de unidades de radioterapia que hay disponibles en el sector público;
- b. la proporción de personas que requieren radioterapia que pueden acceder a ella; y
- c. si el número de oncólogos de radiación por 1 millón de habitantes está por debajo o por encima del promedio entre los países incluidos.

5. Prevención y detección temprana

El diagnóstico tardío es un problema en la región latinoamericana, que genera tasas de mortalidad más elevadas. Es importante que la región ajuste los factores de riesgo y la detección temprana del cáncer para mejorar la prognosis. Los datos se obtuvieron de la OMS, la OPS, el CIIC, el Centro de Información sobre el VPH y el cáncer, las agencias gubernamentales relevantes y la bibliografía científica.

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. la proporción del precio del tabaco que corresponde a impuestos;
- b. si hay un impuesto sobre los productos azucarados;
- c. si hay un programa de vacunación contra el VPH;
- d. el porcentaje de población objetivo que recibe la vacuna contra el VPH;
- e. si hay un programa de *screening* del cáncer de mama;
- f. el porcentaje de población objetivo en la cual se hace un *screening* del cáncer de mama;
- g. si hay un programa de *screening* del cáncer de cuello de útero; y
- h. el porcentaje de población objetivo en la cual se hace un *screening* del cáncer de cuello de útero.

6. Finanzas

El acceso a los programas de seguro y la cobertura de la atención del cáncer dentro de los programas de seguro varía según cada país y dentro de ellos también. Por consiguiente, los pacientes que padecen cáncer pero no tienen seguro pueden tener que incurrir en gastos de atención médica por cuenta propia catastróficos. La información se obtuvo de la OMS, el Banco Mundial y entrevistas realizadas por The Economist Intelligence Unit.

Los indicadores de este campo evaluaron:

- a. si hay financiamiento considerable para la atención del cáncer ya sea dentro de los sistemas de atención médica disponibles universalmente o mediante gastos devastadores en salud específicos/financiamiento de la atención del cáncer para aquellos que no cuentan con acceso a atención sanitaria privada o financiada por la seguridad social;
- b. la proporción del gasto gubernamental en salud como porcentaje del PIB, en comparación con el promedio entre los países incluidos;
- c. la proporción del gasto gubernamental en salud como porcentaje del PIB, en comparación con el promedio de la OCDE;
- d. la proporción del gasto en salud que corre por cuenta propia de los pacientes, en comparación con el promedio regional; y
- e. la proporción del gasto en salud que corre por cuenta propia de los pacientes, en comparación con el promedio mundial.

Si bien se han tomado todos los recaudos necesarios para verificar la exactitud de esta información, The Economist Intelligence Unit Ltd. no se hace responsable en absoluto si alguna persona toma como referencia para algo este informe o alguna información, opinión o conclusión incluida en este informe.

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
5.º piso
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 Cityplaza Four
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