

El distanciamiento social y la crisis económica durante la pandemia por COVID-19 redujeron el control del cáncer en América Latina lo que resultará en un aumento de diagnósticos en etapa tardía y de los gastos para su atención

Reporte Resumido

Desde enero de 2020 el mundo se encuentra inmerso en una pandemia infecciosa que postergó nuevamente las demás prioridades en salud de las poblaciones del siglo XXI. La trascendencia social y velocidad de contagio que adquirió la pandemia por coronavirus ha sido el criterio aplicado para la priorización, en desmedro de otros problemas de salud, incluyendo las no transmisibles (ENT), principal causa evitable de enfermedad y muerte prematura.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte (71% de las muertes en el mundo), ocupando el cáncer el segundo lugar, luego de las enfermedades cardiovasculares (1).

Asimismo, en América Latina y el Caribe el cáncer ocupa el segundo lugar como causa de muerte, con 672.758 fallecidos por esta causa en 2018. Respecto a la incidencia, en ese año el número de casos nuevos ascendió a 1.412.732 y se estima que debido al envejecimiento de la población y los cambios en el estilo de vida aumentará significativamente en los próximos años (2).

El cáncer, en el mundo, es uno de los principales desafíos sanitarios. A su importancia como causa de mortalidad se suma el incremento importante y progresivo de la incidencia y de los costos de su atención (3). Varios factores parecen estar en la base del incremento de la morbimortalidad por cáncer en el mundo, en particular el aumento de la expectativa de vida y en la exposición a factores de riesgo de cáncer asociados el estilo de vida y al desarrollo social y económico (4).

Casi el 70% de las muertes por cáncer ocurren en los países con Índice de desarrollo humano (IDH) medio y bajo. De hecho, la pobreza, la falta de acceso a la educación y a la atención en salud exponen a mayor riesgo de desarrollar y morir por cáncer, como consecuencia de un menor acceso a los servicios de salud. Con relación al acceso a tratamiento, según la OMS en los países de ingresos bajos acceden menos del 30% de los pacientes mientras que en los países de ingresos altos accede más del 90% (4).

Al mismo tiempo, el desarrollo de cáncer impacta en la productividad y el ingreso familiar, lo que sumado a los altos costos de los tratamientos empobrece a las familias y es un obstáculo para el desarrollo de los países, contribuyendo a ampliar la brecha entre los países mas ricos y los de menores ingresos.

Modificar esta realidad es uno de los principales desafíos sanitarios y es posible enfrentarlo. En efecto, entre el 30% y el 50% de los cánceres son potencialmente prevenibles si se controla el consumo de tabaco y los otros principales factores de riesgo, a lo que se agrega un 30% que son potencialmente curables si se detectan en etapa temprana y se tratan oportuna y adecuadamente (3,5,6). Por último, todos los pacientes se pueden beneficiar de los cuidados paliativos (3). La falla en impulsar y desarrollar políticas públicas para la prevención, detección temprana y tratamiento

oportuno y apropiado impacta negativamente tanto en el control del cáncer como en el desarrollo económico y el bienestar social.

Los estudios publicados sobre COVID-19 y cáncer muestran que los pacientes oncológicos con enfermedad activa tienen mayor riesgo de complicaciones graves y mortalidad que la población general, en particular, aquéllos con compromiso neoplásico pulmonar, tratamientos mielo supresores, edad avanzada, compromiso de su estado funcional y/o comorbilidades (7-11).

Al mayor riesgo de morir por complicaciones severas se suma el riesgo resultante del desborde del sistema de salud en el contexto de un brote severo y los retrasos en la atención del cáncer y otras enfermedades como consecuencia de las medidas implementadas para contener la pandemia por COVID-19. En efecto, la priorización de COVID-19 y las medidas implementadas por los países a nivel general (en particular el distanciamiento físico) y en el funcionamiento de los prestadores de salud, implican posponer estudios de tamizaje, consultas presenciales y estudios de control, así como cambios en el manejo terapéutico a fin de evitar tratamientos con riesgo de complicaciones infecciosas y/o que requieran cuidados críticos. Al impacto de las medidas sanitarias para contener la pandemia, se suman el cambio de hábitos, conductas y comportamientos saludables y las consecuencias de la crisis económica, con aumento de la pobreza y las dificultades que conlleva para que los pacientes puedan acceder en forma oportuna a estudios y tratamientos (12,13).

Tres estudios recientes del Reino Unido estimaron el posible incremento de la mortalidad por cáncer como consecuencia de la pandemia (14-16). Lai y col. reportaron una reducción del 76% en el número de pacientes referidos por posible diagnóstico de cáncer y una reducción del 60% en los tratamientos de quimioterapia comparado con los niveles pre-covid-19. El estudio concluye que en los 12 meses siguientes a la pandemia **la mortalidad podría aumentar un 20%-30%** en los pacientes con cáncer (14). Sud y col. utilizaron estudios observacionales para generar tasas de riesgo diario de progresión del cáncer y las aplicaron a la sobrevida por edad y etapa de la enfermedad. Así, estimaron que un retraso por paciente de 3/6 meses causaría la muerte atribuible de 4.755/10.760 de los 80.406 pacientes supervivientes a largo plazo en Inglaterra, calculado sobre el total de pacientes intervenidos anualmente por los cánceres invasivos más frecuentes en adultos (15). Por otra parte, Maringe y col. estimaron el posible incremento de la mortalidad a 5 años del diagnóstico para los cánceres de mama (7.9-9.6%), colorrecto (15.3-16.6), esófago (5.8-6.0) y pulmón (4.8-5.3) respecto a la mortalidad pre-pandemia, destacándose que el mayor incremento se observaría en relación al cáncer colorrectal.

Además del impacto negativo en la sobrevida, el diagnóstico en etapas más avanzadas determinará un aumento significativo del gasto en la atención del cáncer comparado con el gasto pre-COVID-19. Esto no es menor dado el importante impacto económico del cáncer. En efecto, el costo total atribuible a la enfermedad en el mundo ascendió a U\$S 1,16 billones en 2010 y va en aumento (3), afectando a todos los países, pero sobre todo a los de menores ingresos.

Al respecto, en un estudio australiano reciente se estimó el exceso de mortalidad y también el impacto económico secundarios al retraso en el acceso a la atención oncológica para 4 cánceres (mama, pulmón, colorrecto y melanoma) debido a la pandemia por COVID-19 (17). Para ello utilizaron un modelo de “cambio de etapa” de la enfermedad (modelo disponible en: https://cancerhealthservices.shinyapps.io/oncology_stage_shift/). Considerando un retraso de 3/6 meses en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, este estudio predice casi 90/350 muertes en exceso y 12/46 millones de dólares australianos (8.6/33 millones de USD) en costos de atención

médica en Australia durante 5 años para los pacientes diagnosticados con esos 4 cánceres en 2020. Los autores destacan que para obtener estimaciones más fiables es fundamental contar con datos más precisos sobre el estadio de la enfermedad durante y después de la pandemia de COVID-19.

Preocupados por esta situación, un grupo de expertos latinoamericanos en cáncer, bajo el liderazgo del Dr. Tabaré Vázquez, y basados en una experiencia del Uruguay (Documento “Propuestas para un Plan Estratégico Nacional en respuesta al impacto de la pandemia por COVID-19. Uruguay, 6 de mayo de 2020”) decidió, en mayo de 2020, llevar adelante un estudio con el objetivo de contribuir a conocer el impacto de la pandemia sobre el control del cáncer en la región. Para ello, se recopilaron datos sobre la situación del cáncer previo a la pandemia y durante la misma en 9 países de la región y se detallaron propuestas concretas para restablecer urgentemente las políticas públicas de control del cáncer e implementar intervenciones de prevención y control en la post-pandemia.

La estrategia del proyecto consistió en convocar a líderes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay para integrar equipos técnicos específicos por país para abordar los temas clínicos, económicos, de sistemas de salud y de políticas públicas para el control del cáncer que dieran lugar a un reporte latinoamericano y documento de posición.

Se recopiló y analizó la información de los países reportada en fuentes públicas y en publicaciones científicas sobre los sistemas de salud, el control del cáncer previo a la pandemia, las características de la pandemia por COVID-19, las medidas implementadas por los gobiernos y el impacto de la pandemia sobre el cuidado y los costos de la atención del cáncer. Se analizaron y detallaron las medidas propuestas para la prevención/mitigación del impacto negativo de la pandemia sobre el control del cáncer y el gasto en su atención

1.- Características de la atención a la salud, la pandemia por COVID-19, el control del cáncer previo a la pandemia y las medidas implementadas por los gobiernos de la región.

El gasto en salud como porcentaje del PBI en los países de la región varía de 6.61% a 2.08. Argentina (6.61%) y Uruguay (6.58%) son los países con mayor inversión en salud, y aquellos con menos son México (2.77) y Guatemala (2.08) (18).

El financiamiento a los sistemas de salud en América Latina proviene principalmente de fondos gubernamentales, vía impuestos y, en menor grado de fondos públicos y privados, generando sistemas de salud fragmentados que proporcionan cobertura de servicios de salud a la población económicamente activa (atendida con fondos públicos y privados), y al resto de la población, lo cual se traduce en recursos insuficientes y desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

El objetivo de dar cobertura universal, no se cumple en todos los países al 100%. El control del cáncer en Latinoamérica se caracteriza por sistemas de salud fragmentados (19).

La mayoría de los países de la región han desarrollado o están en fase de implementación los Planes Nacionales de Control del Cáncer. El registro de cáncer más avanzado de la región es el de Uruguay, y hay logros y avances importantes con registros locales o regionales como los registros de base poblacional y hospitalarios de Cali y de algunas provincias argentinas (20). En cuanto a la prevención primaria y legislación destacan la ley antitabaco y su implementación en Uruguay, Chile y Colombia;

como también la ley contra la obesidad o malnutrición en Uruguay, Chile, Colombia y México. La mayoría de los países tienen programas nacionales de tamizaje para cáncer de mama y cáncer de cérvix, y algunos como Uruguay y Argentina para el cáncer de colon. En la mayoría de los países se ha implementado la vacunación contra el Virus del papiloma humano y la hepatitis y el acceso a cuidados paliativos.

La legislación más avanzada y los modelos de atención primaria y secundaria más exitosos de cada país podrían ser replicados en los otros para acelerar el control del cáncer en la región.

Los primeros casos de contagio por COVID-19 en la región fueron reportados entre la última semana de febrero del 2020 (28 de febrero en Brasil), y el inicio de la tercera semana de marzo (17 de marzo en Guatemala). En la mayoría de los países los primeros contagios se reportaron en la primera semana de marzo entre el 3 y 6 de marzo. Hasta el día de hoy, 8 de octubre, los países más afectados, con más casos por millón de habitantes son Perú, Chile y Brasil, en tanto que con mayor número de muertos por millón de habitantes son Perú, Bolivia, Brasil, Chile y México.

Ante la emergencia sanitaria, los gobiernos de la región aplicaron los lineamientos emitidos por la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), principalmente el distanciamiento físico. Con diferencia de días, y en función de las fechas de inicio de contagio, los gobiernos implementaron, a partir de la mitad de marzo, el cierre de fronteras aéreas y terrestres y cuarentenas obligatorias en la mitad de los países de la región. En algunos países la cuarentena se extendió hasta la actualidad. Estas medidas de confinamiento fueron acompañadas por suspensión parcial o completa del transporte público que restringió la movilidad social y redujo considerablemente el flujo de los pacientes en general a los centros de atención médica (21). A fines de abril, mayo y junio el confinamiento social se fue aplicando solamente en algunas ciudades o regiones de cada uno de los países, manteniendo el distanciamiento social, el lavado de manos, el uso de cubrebocas, pruebas de diagnóstico y seguimiento de casos, como las medidas más importantes de prevención.

Ante la pandemia, los sistemas de salud de la región, destinaron recursos económicos, recursos humanos e infraestructura en salud para responder al desafío de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con COVID-19. La estrategia sanitaria del Uruguay fue la más eficaz para reducir y contener el número de contagios. En México una gran mayoría de hospitales fueron reconvertidos o construidos para atender exclusivamente a pacientes con COVID-19. En colaboración con los gobiernos, las Universidades, las sociedades médicas y sociedades de oncología implementaron las recomendaciones y lineamientos emitidos por la OMS, y de sociedades internacionales como ASCO y ESMO, y en algunos países (Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Perú, Colombia y Honduras), se elaboraron guías locales para la atención de los pacientes dependiendo de las particularidades de la pandemia, de las características del sistema de salud y de la población de cada país. El confinamiento social, las restricciones en la movilidad social y la reconversión de hospitales impactó negativamente en la atención de los pacientes con cáncer. De marzo a junio, el tamizaje se difirió al igual que gran parte de la consulta externa, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos nuevos. Como medida alternativa, la mayoría de los países implementaron la Telemedicina (consulta telefónica o vía Internet). La cirugía electiva y los tratamientos con quimioterapia, radioterapia y medicina paliativa fueron en algunos países pospuestos o adaptados a la situación sanitaria.

En los próximos meses y años podremos tener una evaluación más objetiva del impacto del COVID-19 en la región, pero podemos vislumbrar que el aplazamiento del tamizaje, el retraso en el

diagnóstico y tratamiento oportuno aumentará la carga del cáncer, obligando a los gobiernos a aumentar el gasto en la atención del cáncer.

2.- Posible impacto de la pandemia sobre el control del cáncer y el gasto para su atención en los países de la región.

Dada la situación pre-pandemia en América Latina, con predominio de sistemas de salud fragmentados y de sistemas de protección social débiles, así como el porcentaje de la población en situación de pobreza, es altamente probable que el impacto sobre el control del cáncer sea más importante en nuestra región que en países mejor preparados para enfrentarla. No hemos encontrado publicaciones latinoamericanas al respecto.

Los resultados resumidos en el presente informe resultan de la comparación del número de consultas de primera vez en servicios oncológicos, estudios patológicos y tratamientos registrados en el periodo 16 de marzo-30 de junio 2020 con los registrados en igual periodo correspondiente a 2019. Los mismos confirman una **reducción** - variable según el país- en el **número de consultas de primera vez** en servicios oncológicos (entre -28% y -38%) y también una reducción en el **número de estudios patológicos** (entre -6% y -50%), **cirugías oncológicas** (entre -28% y -70%) y **quimioterapias** (entre -2% y -54%). Los datos disponibles sobre la radioterapia muestran una reducción significativa en el caso de Chile (muestra del subsector público) y de Perú (prestador privado). Por otra parte, y de acuerdo con las recomendaciones internacionales de posponer los **estudios de tamizaje** en los pacientes de riesgo promedio, se confirma una **importante reducción** en los estudios de **PAP** (entre -46% y -100%), **mamografía** (entre -32% y -100%) y **sangre oculta en materias fecales** (Uruguay: -73%).

En consecuencia, en tanto no sea posible revertir esta situación, habrá una disminución de la incidencia del cáncer en el corto plazo, producto de demoras en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad. Pero en el mediano plazo, cuando se restablezcan las condiciones de acceso a la atención, la demanda aumentará y es probable que alcance niveles superiores a los observados antes de la pandemia con un desborde de la capacidad de los sistemas de salud, un aumento de la incidencia y de la proporción de pacientes con enfermedad en etapas más avanzadas, una disminución de la sobrevivencia a largo plazo y un incremento del gasto en la atención del cáncer.

La mayoría de los países latinoamericanos no dispone de evaluaciones sobre los costos de la atención del cáncer, ni a nivel agregado ni asociadas a los diferentes cánceres y a las distintas etapas de la enfermedad y casi ninguno tiene información sobre los gastos indirectos, es decir los resultantes de las pérdidas de productividad y de ingresos para los pacientes y sus familias como resultado de la morbilidad y mortalidad prematura. Para el presente reporte fue posible analizar datos de Brasil, Perú, Uruguay y México, los cuales se resumen a continuación.

En **Brasil** el gasto en la atención del cáncer ha tenido una expansión continua en los últimos años y se estima que el gasto total (costos directos e indirectos) alcanzará **los U\$S 76 mil millones en 2020**. En un estudio publicado recientemente se estima el costo promedio del cáncer como el 1,7% del PBI por año, alcanzando casi U\$S 60 millones en 2015. Además, se reporta que los costos directos explicaron el 20% de los costos totales, los costos por morbilidad el 17% y los costos por mortalidad el 63% (22).

En **Perú** el Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer – 024 (PpR) ha permitido incrementar significativamente la asignación de recursos presupuestales para las actividades de prevención y control del cáncer a nivel nacional (23). Los recursos presupuestales asignados a este programa para el trienio 2017-2019 se incrementaron en un 29.49% respecto al período 2011 al 2016, alcanzando los **U\$S 588 millones**. Además, es de notar que existió una **reorientación de las asignaciones, con un incremento del 14% en lo asignado a tratamiento**, que pasó a representar el **44.4% (U\$S 260 millones)** para los años 2017 al 2019.

En **Uruguay**, la información **parcial** disponible (medicamentos oncológicos incluidos en la cobertura universal, radioterapia, anatomía patológica, PET-TC y gasto en medicamentos de alto precio otorgados en acciones judiciales) muestra que el **gasto directo en 2019**, sin contar los datos que no pudieron ser relevados para este reporte, ascendió a **82 millones de dólares americanos**. Considerando que el gasto en salud aproximadamente alcanza el 9,5% del PIB en el año 2019, lo destinado a cáncer tiene un peso de al menos 1,63% en dicho gasto, porcentaje similar al reportado por Brasil.

En **México** tres instituciones públicas concentran la atención de más del 96.78% de la población nacional: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del estado (ISSSTE) y la parte operativa conocida como Seguro Popular (ref.: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>). Entre el **3 y el 11% del presupuesto de dichas Instituciones se destina a la atención de cáncer**.

Respecto a **los costos los estudios y tratamientos para la atención del cáncer**, contamos con los datos de la atención del cáncer de mama con **fondos del Seguro Popular de México**, programa del que funcionó de 2003 hasta el año 2019, estando disponible la información pública correspondiente a este último (24). El total del **presupuesto anual por paciente fue de U\$S 135,372** en promedio.

Cuando se analizan los gastos directos para el tratamiento sistémico de acuerdo de acuerdo al estadio y el perfil biológico del cáncer de mama (hormono sensible, HER2 positivo, HER2 negativo o triple negativo), se observa que para el **cáncer de mama HER2 negativo**, el **tratamiento del estadio IV** alcanza los **U\$S 6.368 por paciente**, duplicando el costo del tratamiento de las pacientes con estadio IIB-III y triplicando el de aquéllas con estadio IA y IIA. Si además se considera la asociación de la hormonoterapia con un inhibidor de las quinasas dependientes de ciclina (CDK) 4 y 6 como el ribociclib, el **costo por paciente resultaría 27 veces superior** al costo del tratamiento del cáncer invasivo diagnosticado en etapas mas tempranas y **aproximadamente 600 veces superior** al costo del tratamiento del carcinoma no invasivo (estadio 0). Para las pacientes con **cáncer de mama HER2 positivo** (23% de los cánceres de mama en México) **metastásico** el costo por paciente del tratamiento con Trastuzumab, Pertuzumab y quimioterapia **duplica el costo para el tratamiento de las pacientes con enfermedad en estadios más tempranos** (U\$S. 38.796 vs 21.000) y es **154 veces superior al costo de las pacientes con carcinoma in situ** (estadio 0) cuyo promedio es de U\$S 251,45. Estos resultados son concordantes con los publicados por países europeos y norteamericanos (25-27), no obstante, el nivel de recursos y la capacidad económica en los países de América Latina es mucho menor lo que permite predecir un impacto económico mas deletéreo para nuestros sistemas de salud.

Los costos importantes y crecientes del control del cáncer han impactado e impactan negativamente en los sistemas de salud, reduciendo el acceso con equidad y sostenibilidad. Este impacto es mayor en los países con menores recursos y será todavía mayor en el futuro debido a la presentación en

etapas mas avanzadas de la enfermedad como consecuencia de los retrasos en la atención del cáncer durante la pandemia.

3.- Medidas propuestas para la prevención/mitigación del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la atención del cáncer y los costos asociados.

Las emergencias sanitarias suelen generar un impacto severo en la vida y el bienestar de las personas y la respuesta coordinada por un país, región o sector favorece los aspectos preventivo y la mitigación de estos. Los sistemas de salud fuertes, sostenibles y resilientes son fundamentales para responder a los desafíos sanitarios, para la salud, el bienestar y la productividad económica de las poblaciones y para el desarrollo.

PROPUESTAS

Para reducir el impacto del cáncer en las poblaciones a nivel regional y evitar que se genere una situación incontrolable en los próximos años en la salud pública, planteamos lo siguiente:

- ✓ El fortalecimiento de la planificación de las acciones contra el cáncer, a través de la Atención Primaria a la Salud.
- ✓ La construcción y desarrollo de políticas en salud con base a la prevención y atención del cáncer en sus distintos estadios.
- ✓ El diseño y ejecución de un instrumento de información y estadística claro, ágil y preciso para las Américas con la finalidad de desarrollar mejores políticas de prevención y control del cáncer en la región.
- ✓ La vinculación de los sistemas de salud de la región y procurar la colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de cáncer en la colectividad.

RECOMENDACIONES A CORTO PLAZO

A) Dimensión Individual

En el campo individual la población sana y enferma debe propender a mantener una conducta de salud amplia, evitando los problemas del contagio por el virus. Debe seguir en contacto con su médico, preferiblemente en forma remota, preguntar cuales situaciones pueden ser diferidas y cuales deben tener atención inmediata.

Dentro de lo razonable se deben seguir los consejos preventivos y de control de las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.) siguiendo las recomendaciones y normativas oficiales y de las sociedades médicas.

B) Dimensión Médica

Se deben aplicar modalidades de atención adaptadas a las condiciones existentes, mayor uso de la tele consulta y del telediagnóstico. En el área terapéutica se deben adaptar modalidades de tratamiento que impliquen menor movilidad y contacto entre pacientes y de los pacientes con el entorno sanitario; cortos cursos de radioterapia, quimioterapia ambulatoria o domiciliaria, intervenciones quirúrgicas más breves y con menor estadía postquirúrgica. En todos estos casos la correcta evaluación de situaciones que pueden ser diferidas, o que necesitan consulta externa o internación deben ser consensuadas con los protocolos generales existentes. Al respecto entendemos necesario adecuar las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes oncológicos de acuerdo a las situaciones locales de la pandemia, la mejor evidencia disponible y ajustadas al nivel de recursos y las características del sistema de salud.

C) Dimensión de los Sistemas de Salud

Al respecto, consideramos necesario:

- ✓ Garantizar el acceso a los servicios oncológicos es clave el apoyo al transporte de los pacientes, la eliminación de barreras económicas (copagos) y el uso de tecnologías de comunicación que permitan la valoración y el seguimiento a distancia.
- ✓ Desarrollar programas de comunicación y educación que orienten de manera apropiada a los pacientes oncológicos en relación con la valoración del riesgo de infección por Sars-Cov-2 versus el riesgo de control inapropiado de la enfermedad
- ✓ Posibilitar la participación de diferentes niveles de atención y profesionales no especializados en oncología, en el cuidado del paciente oncológico, mediante el uso apropiado de herramientas de comunicación, la constitución de redes de atención y la estructuración de rutas clínicas con diferentes niveles de responsabilidad
- ✓ Desarrollar planes operativos para la reintroducción progresiva de las actividades de detección temprana de cáncer, que permitan reducir el riesgo de diagnósticos tardíos sin desbordar la capacidad de los servicios oncológicos.
- ✓ Promover el desarrollo de investigación sobre COVID-19 y cáncer, incluyendo su impacto en los pacientes, en los servicios oncológicos y en el personal de salud.

D) Dimensión de las Políticas Gubernamentales

Lo relativo a las políticas gubernamentales y legislativas es un aspecto complejo que obligará a discutir sobre la comprensión que las sociedades tienen sobre el concepto de “derecho a la salud”, comprendido como un espacio amplio, que guarde relación con la integralidad de los requerimientos socioeconómicos que determinan la posibilidad de que todas las personas –plenas en dignidad- puedan desarrollar todo su potencial y gozar el máximo bienestar.

En particular proponemos:

- ✓ Desarrollar medidas que reduzcan el impacto de la pandemia en las condiciones de pobreza, incluyendo la reducción del impacto económico del cáncer sobre los pacientes, mediante el establecimiento de un diálogo permanente entre el sector de la salud y los diferentes sectores de la economía. Esto debe redundar en la toma de medidas balanceadas entre la protección de la salud y la vida y la protección de la infraestructura económica.
- ✓ Generar marcos normativos, operativos y económicos que posibiliten y faciliten la implementación de teleorientación y telemedicina.

- ✓ Mantener o retomar a la mayor brevedad las medidas para el control de factores de riesgo, en particular las relacionadas con el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo y la vacunación contra VPH y Hepatitis B.
- ✓ Generar sistemas de registro fácilmente operables para evaluar el impacto de la pandemia en el cuidado del cáncer.
- ✓ Promover la colaboración regional y el intercambio de aprendizajes entre instituciones gubernamentales, académicas y de salud.

RECOMENDACIONES A MEDIANO Y LARGO PLAZO

Las iniciativas para responder a la pandemia deben considerar el acceso universal a servicios de salud esenciales de calidad, tanto los asociados al coronavirus como al resto de las necesidades de salud. Los sistemas y las instituciones de salud han de garantizar el acceso a servicios integrales y la incorporación de criterios de salud pública que actúen como ejes del fortalecimiento y la transformación de los sistemas hacia la cobertura universal en salud. Es evidente que estas transformaciones requieren del fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública y de una gobernanza y modelos de financiamiento que sean adecuados, eficaces, equitativos y acordes con un enfoque de atención primaria de salud y que den prioridad a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

Es necesario un modelo de atención común para todos los prestadores públicos y privados, que supere la relación de mercado por uno de cooperación, que evite que las personas acudan directamente a un especialista o que la puerta de entrada siga siendo la urgencia de hospitales agudos. El modelo de atención debe asegurar que toda persona acceda a un equipo de familia interdisciplinario, centrado en las personas, las familias y sus comunidades. Para ello hay que desarrollar nuevas soluciones ambulatorias en el propio hábitat de las personas; potenciar la creación de establecimientos de alta complejidad ambulatorios y de internación para largas estancias; desarrollar redes eficaces de cuidados socio sanitarios para el manejo de requerimientos de adultos mayores, rehabilitación, manejo en el domicilio de personas sin autovalencia y cuidados paliativos; incorporar nuevos elementos de gestión y gobernanza en las redes para la integración efectiva de los actores y asegurar la labor intersectorial y la continuidad del cuidado; y, aumentar sustantivamente la inversión en el primer nivel de atención.

Específicamente es necesario:

- ✓ Asegurar la infraestructura necesaria para la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer
- ✓ Garantizar el acceso y cobertura de los servicios esenciales
- ✓ Reforzar el empoderamiento de los ciudadanos con cáncer, sus familias y grupos de la sociedad civil para avanzar en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer.
- ✓ Desarrollar, promover e implementar Planes Nacionales para el Control del Cáncer de cara a la nueva realidad; definir mecanismos de financiación que protejan la atención del cáncer frente a las nuevas prioridades en salud pública y mecanismos operativos flexibles en preparación para las inevitables y crecientes amenazas para la salud.
- ✓ Fortalecer la implementación de registros de cáncer de base poblacional con disponibilidad pública de la información, para posibilitar una mejor planificación, seguimiento y evaluación de

los Planes de Control del Cáncer y el ajuste de las políticas de prevención y control de la enfermedad.

- ✓ Desarrollar guías de práctica clínica basadas en evidencia y estratificadas de acuerdo al nivel de recursos (recursos humanos, recursos diagnósticos y terapéuticos) a fin de asegurar la utilización racional de los mismos y lograr la mejor atención posible.
- ✓ Desarrollar bases de datos administrativas que posibilitan conocer los gastos asociados al cuidado del cáncer, a nivel agregado y para las distintas etapas de la enfermedad y así promover un uso más eficiente de los recursos.
- ✓ Promover equipos bien capacitados de bioestadísticos y economistas de la salud para evaluar la calidad de los datos recopilados y participar en su correcto análisis.
- ✓ Apoyar la innovación y el desarrollo de investigación académica relevante.

Principales recomendaciones

Personales: Mantener prevención y seguimiento. Evite la interrupción del tratamiento contra el cáncer. Pregúntele a su médico.

Médica: Respuesta médica a los pacientes sobre qué se puede retrasar, qué decisión tiene opciones y qué se debe hacer, incluso durante la crisis.

Sistemas de salud; Conservar los sistemas de salud funcionales y operativos para pacientes con cáncer. Desarrollar planes operativos para la reintroducción progresiva de las actividades de detección temprana. Evitar el enfoque excesivo solo en la epidemia de COVID. Sistemas de salud resilientes.

Políticas Públicas: Preservar Planes Nacionales de Cáncer operativos y financiados.

Desafíos

- ✓ El control del cáncer y las ENT en general, en el escenario pospandémico
- ✓ Cómo los gobiernos y los sistemas de salud enfrentarán el mayor número de pacientes con retrasos, junto con el volumen habitual, en la pospandemia.
- ✓ El mayor número estimado de pacientes con diagnóstico tardío, en estadios más avanzados de enfermedad

Referencias

1. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Programa de Cancer [Internet]. Who.int. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es.
3. Cancer: Datos y Cifras [Internet]. Who.int. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
4. GLOBOCAN [Internet]. Who.int. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://gco.iarc.fr>.
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724
6. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep;4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.
7. Shi Q, Yu J, Feng J, Zhao K, Zhang X, Chen X et al. Clinical characteristics of 101 non-surviving hospitalized patients with COVID-19—A single center, retrospective study [Internet]. *Medrxiv.org*. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.04.20031039v1.full.pdf>
8. Clinical Characteristics and Risk Factors for COVID-19 Severity and Mortality Among Cancer Patients in Wuhan and Hubei [Internet]. *Esmo.org*. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://www.esmo.org/oncology-news/clinical-characteristics-and-risk-factors-for-covid-19-severity-and-mortality-among-cancer-patients-in-wuhan-and-hubei>
9. Warmer JL, Rubistein S, Grivas P, et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer: Data from the COVID-19 and Cancer Consortium (CCC19). *J. Clin Oncol* 38: 2020 (suppl: abstr LBA 110).
10. Horn L, Whisenant JG, Torri V, et al. Thoracic Cancers International COVID-19 Collaboration (TERAVOLT): Impact of type of cancer therapy and COVID therapy on survival. *J. Clin Oncol* 38: 2020 (suppl: abstr LBA 111).
11. WLee LI, Casier JB, Starkey T, Turnbull CD, UK Coronavirus Cancer Monitoring Project Team. Covid- 19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1919-26
12. Raymond E, Thieblemont C, Alran S, Faivre S. Impact of the COVID-19 Outbreak on the Management of Patients with Cancer. *Target Oncol*. 2020;15(3):249-259.
13. Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet*. 2016;388(10045):684-695.
14. Lai A, Pasea L, Banerjee A, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *Apr* 2020. https://www.researchgate.net/publication/340984562_Estimating_excess_mortality_in_people_with_cancer_and_multimorbidity_in_the_COVID-19_emergency.
15. Sud A, Jones ME, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, Nicol DL, Jhanji S, Boyce SA, Gronthoud F, Ward P, Handy JM, Yousaf N, Larkin J, Suh YE, Scott S, Pharoah PDP, Swanton C, Abbosh C, Williams M, Lyratzopoulos G, Houlston R, Turnbull C. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol*. 2020 Aug;31(8):1065-1074. doi: 10.1016/j.annonc.2020.05.009. Epub 2020 May 19. PMID: 32442581; PMCID: PMC7237184.)
16. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol* 2020; 21: 1023–34.
17. Degeling, Koen & Baxter, Nancy & Emery, Jon & Franchini, Fanny & Gibbs, Peter & Mann, G & Mearthur, Grant & Solomon, Benjamin & Ilzerman, Maarten. (2020). An inverse stage-shift model to estimate the excess mortality and health economic impact of delayed access to cancer services due to the COVID-19 pandemic. 10.1101/2020.05.30.20117630.)

18. Gasto Publico Salud [Internet]. Expansion/Datos Macro.com. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
19. Hacia la Cobertura Universal de Salud y la equidad en America Latina y el Caribe [Internet]. PAHO. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/UHC-OVERVIEW-SPA-GA-15-JUNE-2015.pdf>
20. World Cancer Initiative [Internet]. The Economist Group. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://worldcancerinitiative.economist.com>
21. Inter-American Development Bank [Internet]. The Economist Group. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Del-confinamiento-a-la-reapertura-Consideraciones-estrategicas-para-el-reinicio-de-las-actividades-en-America-Latina-y-el-Caribe-en-el-marco-de-la-COVID-19.pdf>
22. Siqueira ASE, Gonçalves JG, Mendonça PEX, Merhy EE, Land MP. Economic Impact Analysis of Cancer in the Health System of Brazil: Model Based in Public Database. *Health Sci J.* 2017, Vol. 11, p. No. 4: 514.)
23. Programa Presupuestal Prevencion y Control del Cancer [Internet]. Ministerio de Economia y Finanzas Peru. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/EDEP_cancer.pdf.
24. Transparencia [Internet]. Gobierno de Mexico. 2020 [cited 13 October 2020]. Available from: <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/10-transparencia-focalizada/57-tabuladores-del-fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficosp>.
25. Jay N, Nuemi G, Gadreau M, Quantin C. A data mining approach for grouping and analyzing trajectories of care using claim data: the example of breast cancer. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13:130;
26. Broekx S, Den Hond E, Torfs R, et al. The costs of breast cancer prior to and following diagnosis. *Eur J Health Econ.* 2011;12:311-317.)
27. Blumen H, Fitch K, Polkus V. Comparison of Treatment Costs for Breast Cancer, by Tumor Stage and Type of Service. *Am Health Drug Benefits.* 2016;9(1):23-32).

Autores

Tabaré Vázquez Rosas- Montevideo, Uruguay.

Médico. Especialista en Oncología Médica y Radioterápica. Profesor de Oncología Radioterápica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Presidente de la República Oriental del Uruguay de 2005-2010 y de 2015 a 2020.

Eduardo Cazap - Buenos Aires, Argentina.

Médico. PhD, FASCO Especialista en Oncología Médica. Presidente de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM). Ex Presidente de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).

Lucía Delgado- Montevideo, Uruguay.

Médica. Especialista en Oncología Médica. Profesora Titular de la Cátedra de Oncología Clínica, Universidad de la República. Ex Presidenta de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología (FLASCA). Ex Directora del Programa Nacional de Control del Cáncer, Ministerio de Salud.

Julia Ismael- Buenos Aires, Argentina.

Médica. Especialista en Medicina Interna y Oncología Clínica (UBA). Ex Directora del Instituto Nacional del Cáncer.

Suyapa Bejarano- San Pedro Sula. Honduras.

Médica. Especialista en Oncología Clínica, Candidata a Doctor en Salud Pública. Liga Contra el Cáncer Honduras.

Carlos Castro- Bogotá, Colombia.

Médico. Oncólogo Clínico. Ex Viceministro de Salud. Ex Director del Instituto Nacional de Cancerología. Director Científico de la Liga Colombiana contra el Cáncer.

Hugo Castro- Guatemala, Guatemala.

Médico. Especialista en Oncología Médica. Especialista en Medicina Interna.

Bettina Muller- Santiago de Chile, Chile.

Médica. Especialista en Medicina Interna y Oncología Médica, Coordinadora Nacional del Latin America Cancer

Research Network, Miembro fundadora y Past President de la Sociedad Chilena de Oncología Médica, Instituto Nacional del Cáncer.

Francisco Gutiérrez Delgado – Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Médico. Especialista en Oncología Médica. Centro de Estudios y Prevención del Cáncer (CEPREC). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Presidente Ejecutivo de la Escuela Latinoamericana de Oncología (ELO).

Luiz Antonio Santini- Rio de Janeiro, Brazil.

Médico. Investigador Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ /RJ), ex director del Instituto Nacional de Cáncer de Brasil (2005-2015)

Carlos Vallejos Sologuren- Lima, Peru.

Médico. Oncólogo Clínico. Director Fundador Oncosalud-AUNA. Ex Ministro de Salud. Ex Jefe Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Mónica Ventriglia –Buenos Aires, Argentina.

Médica. Especialista en Oncología Clínica. Directora de PREAIDEO, Asistencia Integral al Enfermo Oncológico. Asesora en área Clínica, Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM).

María Celeste Díaz- Buenos Aires, Argentina.

Médica. Especialista en Oncología Clínica (UBA). Maestrando en Economía y Gestión de la Salud. Ex coordinadora de ETS del Instituto Nacional del Cáncer. Asesora técnica en Subsecretaría de Medicamentos e Información estratégica - Ministerio de Salud de la Nación

José Gomes Temporão- Río de Janeiro, Brasil.

Médico. Investigador FIOCRUZ/RJ , Ex ministro de Salud de Brasil (2007-2010)

Sandro J. Martins- Brasilia, Brasil.

Médico. Oncólogo Medico. Investigador Asociado – FIOCRUZ/DF. Hospital Universitário de Brasília-DF – EBSERH -

Mario Roberto Dal Poz- Rio de Janeiro, Brasil.

Médico. Profesor titular del Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Ex coordinador del Departamento de "Recursos Humanos de la Salud" de la OMS (2002 a 2012).

Walter Zoss - Rio de Janeiro , Brasil.

Periodista, Consultor Técnico - FIOCRUZ/RJ, CEO - RINC-SLACOM .

Alessandra de Sá Earp Siqueira - Rio de Janeiro, Brasil.

Médica del Instituto Nacional de Cáncer de Brasil y de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Especialista en Planificación y Gestión de Proyectos y Economía de la Salud - Fundação Getúlio Vargas .

Tania Alfaro Morgado - Santiago, Chile.

Médica. Magíster en Salud Pública, Profesora Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Oswaldo Artaza Barrios – Santiago, Chile.

Médico. Pediatra Cardiólogo. Magíster en Administración en Salud. Ex-Ministro de Salud, Ex-Asesor y consultor de la OPS/OMS, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de las Américas.

Roberto Estay Miquel - Santiago, Chile.

Médico. Especialista en Medicina Interna y Oncología Médica, Magíster en Salud Pública, Presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico, Hospital Salvador.

Rafael Urriola - Santiago, Chile.

Economista en Salud, Master en Economía Pública y Planificación Universidad Paris X, Nanterre, Francia, Past President de la Asociación Economía de la Salud de Chile, Coordinador General de la Revista Economía de la Salud Chile.

Wilson Cubides Martinez- Bogotá, Colombia.

Médico. Magister en Administración en Salud, Salud Pública Internacional.

Raul Murillo- Bogotá, Colombia.

Médico, Magister en Salud Pública. Director Centro Javeriano de Oncología - Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

Lourdes Salazar- Guatemala, Guatemala.

Médico, Internista. Especialista en evaluación de discapacidad física.

Christian Murray - Guatemala, Guatemala.

Especialista en Economía de la Salud. Máster en Economía y Política de la Salud. Coordinador Regional de Economía de la Salud del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala.

Alejandra Zavala - Tegucigalpa, Honduras.

Médica. Especialista en Oncología Clínica, Hospital General San Felipe

Julio César Zúniga - San Pedro Sula, Honduras.

Candidato Master Salud Pública. Universidad de Michigan

Karla Zepeda - Tegucigalpa , Honduras.

Médica. Magister en Salud Pública. Hospital Escuela Tegucigalpa

Maria de los Angeles Mendoza - Tegucigalpa, Honduras.

Médica. Fundación Hondureña para el Niño con cáncer

Pedro Estrada - San Pedro Sula, Honduras.

Médico. Especialista en Oncología Médica. Hospital Mario Catarino Rivas San Pedro Sula

Rolando Medina Barahona - San Pedro Sula, Honduras.

Médico. Especialista en Oncología Médica. Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional San Pedro Sula.

Jean René Clemenceau – Ciudad de México, México.

Médico. Especialista en Oncología. Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México, México. Presidente de la Escuela Latinoamericana de Oncología (ELO)

Marisol Torres Toledano- Ecatepec, Estado de México, México.

Médica. Magister en gestión de servicios de salud. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 76. México Oriente IMSS.

Jorge Pérez Romero- Ciudad de México, México.

Magister en Salud Pública. Escuela Latinoamericana de Oncología (ELO).

Omar Gómez Cruz- Tapachula, Chiapas, México.

Médico. Cirujano Oncólogo. Presidente de la Fundación Salud y Bienestar Mesoamérica (FUNSALBARME). Tapachula, Chiapas, México.

Efren Flores Alvarez- Aguascalientes, México.

Médico. Cirujano Oncólogo. Centenario Hospital Hidalgo.

Adalberto Flores Coutiño. Tapachula, Chiapas, México.

Gineco-Oncólogo. Centro Estatal de Cancerología.

René Estrada- Tapachula, Chiapas, México.

Magister en Epidemiología. Fundación Salud y Bienestar Mesoamérica (FUNSALBARME).

Teresa Apresa- Ciudad de México, México.

Especialista en Salud Pública. Hospital de Oncología del Centro Medico Nacional SXXI, IMSS.

Adriana González Delgado- Ciudad de México, México.

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad de la Salud.

Alfredo Aguilar Cartagena- Lima, Perú.

Médico. Oncólogo Clínico. Master en Salud Pública. Director Revista Carcinomas. Director Científico y Académico AUNA Perú.

Manuel Villaran Iturri - Lima, Perú.

Gerente de Proyectos Médicos AUNA Perú.

Dra Elena Tapia-López- Lima, Perú.

Médico, MsC(c). Jefe Tecnología Sanitaria y Economía de Salud AUNA Perú

Rodolfo Vázquez – Montevideo, Uruguay.

Médico. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Prof. Agregado de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Alvaro Luongo – Montevideo, Uruguay.

Médico. Especialista en Oncología Médica y Radioterápica. Prof. de Oncología Radioterápica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Ex – Director del Instituto Nacional del Cáncer. Ex – Presidente de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Miguel Fernández Galeano - Montevideo, Uruguay.

Médico. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Ex - ViceMinistro de Salud Pública.

Ida Oreggioni - Montevideo, Uruguay.

Economista. Especialista en Economía de la Salud. Ex Directora del Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

Agradecimientos

A **Linda S. Kennedy**, Associate Director for Strategic Initiatives & Global Oncology at Norris Cotton Cancer Center Dartmouth-Hitchcock, por su asistencia editorial.

A **Ivan Martinez Clemente**, Tecnologías de la Información. Escuela Latinoamericana de Oncología (ELO)Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por su asistencia técnica.