

# Análisis del financiamiento de la atención del cáncer en el Ecuador: un reto para el Sistema Nacional de Salud

Nilda Villacrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Directora Consejo Nacional de Salud, CONASA

Rev Fac Cien Med (Quito), 2016; 41 (1):185-194

Recibido: 07/03/16; Aceptado: 14/03/16

## Correspondencia:

Nilda Villacrés

CONASA

nilda.villacres@conasa.gob.ec

## Resumen:

**Propósito:** identificar las fuentes de financiamiento para la atención del cáncer en Ecuador. **Material y métodos:** el estudio se realizó identificando a los principales agentes, por lo cual tomó en cuentas a las Instituciones públicas, para-estatales y privados con y sin fines de lucro del Ecuador, relacionadas con el tema que nos ocupa. Se realizó recopilación de información de fuentes primarias y secundarias. En el primer caso se trabajaron bases de datos de las instituciones públicas, semi estatales y privadas con y sin fines de lucro, y se trabajó un enfoque funcional, con el marco analítico de las cuentas nacionales o satélites de salud, por lo cual se establecieron: fuentes de financiamiento, instituciones que manejan el financiamiento, mecanismos de asignación, gastos por tipo de atención y proveedor. **Conclusión:** el financiamiento nacional para el cáncer en el Ecuador aún no ha sido posible estimar en su totalidad. La asignación del CMF a SOLCA se mantiene de la misma forma que 2014: asignación más pago a prestadores por parte del MSP. Ello debe cambiar. El funcionamiento autárquico de cada núcleo de SOLCA constituye para esa institución una desventaja porque existen costos asociados a un funcionamiento no homogéneo y además un relacionamiento heterogéneo con la población ecuatoriana. Una opción de atención integral y financiamiento sostenible para el cáncer debe ser una opción concertada entre el sector público y privada, liderada por la Autoridad Sanitaria Nacional, el instrumento podría ser el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer creado pero sin funcionamiento desde el 2012

**Palabras clave:** cáncer, financiamiento, Ecuador, Salud Pública, Sistema Nacional de Salud

**Aim:** to identify the sources of funding for cancer care in Ecuador. **Material and methods:** the study was carried out identifying the main agents, and therefore took into account the public, state and private institutions with and without profit of Ecuador, related to the subject at hand. It collected information from primary and secondary sources. In the first case, databases of public, semi-public and private institutions, with and without profit, were worked and a functional approach was worked out, with the analytical framework of national accounts or health satellites, sources of financing, and institutions that manage that financing, mechanisms of allocation, expenses by type of care and provider. **Conclusion:** the national financing for cancer in Ecuador has not yet been fully estimated. The allocation of the CMF to SOLCA is maintained in the same way as 2014: allocation plus payment to providers by the MSP. This must change. The autarchic functioning of each nucleus of SOLCA constitutes for this institution a disadvantage because there are costs associated to a non-homogeneous operation and also a heterogeneous relationship with the Ecuadorian population. An option for comprehensive care and sustainable financing for cancer should be a concerted option between the public and private sectors, led by the National Sanitary Authority, the instrument could be the Ecuadorian Multisectoral Cancer Committee created but not functioning since 2012

**Key words:** cancer, financing, Ecuador, Public Health, National Health System



## Introducción

Uno de los aspectos que justifican la intervención de control integral del cáncer es la posibilidad que tienen las enfermedades crónicas de ser prevenidas; se estima que cerca del 70% las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes tipo 2, así como el 30% de los cánceres pueden ser prevenidos y 10% pueden ser tratables. La presente investigación pretende contribuir con información sobre ingresos, asignación y gasto de la atención integral del cáncer en el país, de forma que sea una contribución efectiva para la toma de decisiones de políticas públicas en Ecuador<sup>1-5</sup>.

### El financiamiento en salud y en el cáncer

Los componentes claves en el financiamiento en salud en cualquier país son: impuestos generales, contribuciones a la seguridad social (cotizaciones), gastos de bolsillo o pagos directos (co-pagos, medicamentos, etc), seguros privados, otros; con diferentes mecanismos de mancomunación de fondos; con sistemas de asignación y pago como presupuesto histórico, pago por prestaciones (fee for service), pago por caso; capitación ajustada por riesgos, pago por estado de salud, per-cápita, uso de GRDs, por performance/resultados entre otros. Este marco de opciones depende del contexto de la salud de cada país, cada una tiene ventajas y desventajas. Es importante considerar el alcance del financiamiento, ¿qué se paga?, los requerimientos de recursos ¿cuánto se paga? y con qué mecanismos se paga ¿cómo se paga?. En primer lugar cuales son los problemas de salud relacionados con el cáncer y sus factores de riesgo, cuales son las intervenciones costo efectivas para abordar esta condición de salud. En segundo lugar establecer los requerimientos de recursos para las intervenciones que incidan en la disminución de la incidencia y de sus factores de riesgo y cuánto cuestan las mismas. En tercer lugar, la definición de los mecanismos de pago<sup>6-10</sup>.

### Atención Integral del cáncer/Alcance del financiamiento, ¿qué se debe pagar?

Debido a la carga de enfermedad del cáncer a nivel mundial, el tema de financiamiento debe ser tratado con prioridad, en base a una planificación minuciosa y prioridades adecuadas del perfil epidemiológico del cáncer (carga de la enfermedad, los factores de riesgo muestran tendencias al alza). En 2013, la OMS puso en marcha el Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmi-

sibles 2013-2020 que tiene como objetivo reducir la mortalidad prematura el 25% en cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Algunas de las metas son especialmente importantes para la prevención del cáncer, como la que propone reducir el consumo de tabaco en un 30% entre 2014 y 2025<sup>11-13</sup>.

Las estrategias de atención integral que se proponen a nivel internacional son: <sup>7-10</sup>

**Modificación y prevención de los riesgos:** más del 30% de las defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como: el consumo de tabaco; el exceso de peso o la obesidad; las dietas malsanas con un consumo insuficiente de frutas y hortalizas; la inactividad física; el consumo de bebidas alcohólicas; las infecciones por PVH y VHB; radiaciones ionizantes y no ionizantes; la contaminación del aire de las ciudades; el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, causa un 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y de acerca el 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. En muchos países de ingresos bajos, hasta un 20% de las muertes por cáncer son debidas a infecciones por VHB o PVH.

**Prevención:** intensificando la disminución de los factores de riesgo a través de vacunar contra los HPV y el VHB; controlar los riesgos ocupacionales; reducir la exposición a la radiación no ionizante solar (ultravioleta); reducir la exposición a la radiación ionizante (ocupacional o pruebas médicas radiológicas).

**Detección temprana:** La mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y tratan a tiempo. Las actividades de detección temprana tienen dos componentes: el diagnóstico temprano: el conocimiento de los síntomas y signos iniciales (en el caso de cánceres como los de la piel, mama, colon y recto, cuello uterino o boca para que se puedan diagnosticar y tratar precozmente. El diagnóstico temprano es especialmente importante cuando no hay métodos de cribado eficaces o, como ocurre en muchos entornos con escasos recursos, o no se aplican intervenciones de cribado y tratamiento. El cribado: tiene por objeto descubrir a los pacientes que presentan anomalías indicativas de un cáncer determinado o de una lesión precancerosa y así poder diagnosticarlos y tratarlos prontamente.

Tratamiento: El diagnóstico correcto del cáncer es esencial para un tratamiento adecuado y eficaz, porque cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo principal tiene como objetivo curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable con mejoras en la calidad de vida.

- a. Posibilidades de curación de cánceres detectables tempranamente: Algunas de las formas más comunes de cáncer, como el mamario, el cervicouterino, el bucal o el colorrectal, tienen tasas de curación más elevadas cuando se detectan pronto y se tratan correctamente.
- b. Posibilidades de curación de otros cánceres: Algunos tipos de cáncer, a pesar de ser diseminados, como las leucemias y los linfomas en los niños o el seminoma testicular, tienen tasas de curación elevadas si se tratan adecuadamente.
- c. Cuidados paliativos: para aliviar, no a curar, los síntomas del cáncer, pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente; es una necesidad urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer u otras enfermedades crónicas mortales.

### **Estimación del financiamiento, ¿cuánto se paga?**

La definición del alcance determina los resultados que se quiere obtener y el monto de los recursos requeridos, través del costeo de las intervenciones en cada componente definido. Se han trabajado dos enfoques: costos de las intervenciones de salud para el cáncer para conocer los recursos requeridos para las intervenciones definidas, y, la carga económica de una enfermedad que engloba los costos directos asociados al gasto en atención médica (incluyendo servicios médicos y medicamentos, etc.), y los costos indirectos de la enfermedad, relacionados con el efecto que tienen la mortalidad prematura y la discapacidad en la capacidad de participación de una persona en el mercado laboral y su desempeño en el mismo.

### **Asignación del financiamiento, ¿a quién se paga? y ¿cómo se paga?**

La asignación de recursos es la distribución de activos productivos en sus diferentes usos desde las diferentes formas de mancomunación de recursos y de estos a instituciones pagadoras o prestadoras de servicios de salud, se analiza desde la macro asignación referida de las fuentes a las instancias que mancomunan fondos; la meso-asignación para las instituciones de salud y la micro-asignación para intervenciones en función de los resultados de salud esperados. Estos mecanismos tienen incentivos y desincentivos para la eficiencia que son muy importantes a la hora de desarrollar categorías como justicia distributivo, calidad del gasto; y es imprescindible para lograr la equidad 3-6.

### **Material y métodos**

El estudio se realizó identificando a los principales agentes, por lo cual tomó en cuentas a las Instituciones públicas, para-estatales y privados con y sin fines de lucro del Ecuador, relacionadas con el tema que nos ocupa. Se realizó recopilación de información de fuentes primarias y secundarias. En el primer caso se trabajaron bases de datos de las instituciones públicas, semi-estatales y privadas con y sin fines de lucro, y se trabajó un enfoque funcional, con el marco analítico de las cuentas nacionales o satélites de salud, se establecieron: fuentes de financiamiento, instituciones que manejan el financiamiento, mecanismos de asignación, gastos por tipo de atención y proveedor. Los ámbitos de información trabajados se relacionaron con los siguientes aspectos: ingresos y gastos por contribuciones obligatorias para la atención de integral de cáncer, ingresos y gastos del MSP y de la Seguridad Social, ingresos y gastos de SOLCA.

### **Resultados y discusión**

#### **Fuentes de financiamiento del cáncer en el Ecuador**

La tabla 1 muestra las cinco fuentes de financiamiento para la atención del cáncer en Ecuador.

**Tabla 1.** Fuentes de financiamiento

Fuentes	1	2	3	4	5
<b>Ingresos</b>	<b>Impuesto del 0,5%</b>	<b>Presupuesto (PGE)</b>	<b>Contribuciones obligatorias</b>	<b>Contribuciones privadas</b>	<b>Aportes familia/individuo</b>
Agente de financiamiento	MSP	MSP	IESS ISSFA ISSPOL	Agentes intermediarios privados	Familia/individuo
Prestadores	RPIS SOLCA Prestadores privados	RPIS SOLCA Prestadores privados	SOLCA	Servicios de salud privados	Todos
Mecanismo de pago	Asignación presupuestaria Pago por paciente	Pago por paciente	Pago por paciente	Pago por paciente	Pago por paciente

Fuente: varias

Elaboración: autores

Se distingue como fuentes de financiamiento tanto las públicas, como las privadas. En el primer grupo, de financiamiento público están:

1. **Presupuesto del Estado:** los recursos públicos se integran a través del Ministerio de Finanzas, quien direcciona el presupuesto fiscal destinado a la salud hacia el Ministerio de Salud Pública (MSP), para su administración y re-asignación a los proveedores de servicios para atención del cáncer, públicos y/o para prestadores privados como la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA).
2. **Impuestos específicos:** se crea adicionalmente una pre-asignación, a través de un impuesto (contribución del 0,5% a las transacciones crediticias) destinado a financiar la atención integral del cáncer en el Ecuador en 2014, y consta en el Código Monetario Financiero (CMF).
3. **Otras contribuciones:** de la Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL), de cuyos recursos se asigna a salud un porcentaje, y de este para el cáncer, a través de prestadores de servicios propios o privados, entre ellos SOLCA. Las fuentes de financiamiento privado se refieren a recursos de donaciones, primas de seguro y gastos de bolsillo. La fuente de financiamiento última de cualquier actividad son los gastos de bolsillo de las fami-

lias, quienes con su trabajo generan producción de bienes y servicios que son la riqueza o ingresos de un país, a cambio de lo cual reciben recursos monetarios.

En relación al impuesto definido por el CMF es necesario indicar que el Ministerio de Finanzas es quien integra esta fuente de recursos y, que el MSP es el administrador del nuevo fondo creado para la atención integral del cáncer. En dicho rol, el MSP transfiere el financiamiento a los diferentes núcleos de SOLCA, de forma trimestral y anticipada, cuidando de que estos recursos no sean sino al menos los mismos que se transfirieron el año pasado inmediato. Se deduce que los recursos captados como resultado de la aplicación del CMF, configuran un fondo que debe destinarse, en parte a solventar las prestaciones de cáncer que realiza SOLCA, y también en parte a financiar las prestaciones de cáncer que brindan el MSP, para la atención integral de cáncer a los ecuatorianos. Estos recursos estarán sujetos a auditoría y control por parte del MSP y por los organismos de control, en el ámbito de sus competencias. Con ello refrenda la calidad de administrador, pagador y auditor de los recursos públicos encomendados a la Autoridad Sanitaria o MSP.

## Alcance del financiamiento

La Atención Integral de Cáncer (AIC) es aquella que integra la promoción, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliati-

vos por lo cual, existen múltiples los proveedores que desempeñan un rol dentro de la misma, como se puede ver en la tabla siguiente:

	Descripción de actividad	Proveedor	Instituciones	Ejemplos o modelos
1	Promoción de la salud	Agentes de salud y establecimientos ambulatorios de primer nivel	RPIS: Promotores de salud, MSP, SSC, GAD	-Campaña antitabaco -Estilos de vida
2	Prevención primaria y secundaria de la salud	Establecimientos de primer, segundo y tercer nivel	RPIS públicos y privados	Papanicolaou
3	Recuperación	Establecimientos de primer, segundo y tercer nivel Servicios oncológicos especializados incluyendo laboratorios, e imágenes	RPIS públicos y privados (HEE, HCAM, HJC, SOLCA principalmente)	Cirugía Quimioterapia Radioterapia Seguimiento
4	Rehabilitación	Establecimientos de primer, segundo y tercer nivel Servicios oncológicos especializados	RPIS públicos y privados (HEE, HCAM, HJC, SOLCA principalmente)	
5	Cuidados Paliativos y del dolor	Establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, especializados	RPIS: MSP RPC: centros privados	Acompañamiento en para la dignidad en el buen morir

Fuente y elaboración: autores

## Asignación del financiamiento

La asignación en cuanto a los recursos públicos tanto del MSP como de las instituciones de la seguridad social, se destinan hacia sus propios establecimientos de salud y, a prestadores privados como SOLCA. En este punto se realiza de manera detallada la asignación de la contribución establecida en el CMF de la siguiente forma:

Agente Financiador (hogares, empresas) a Sistema Financiero a Cuenta Única del Tesoro: la estimación realizada por el SRI al año 2015, muestra un ingreso de US\$ 62 millones, entre enero y septiembre por el impuesto cobrado que proyecta a los 12 meses, se puede prever un recaudó al menos US\$ 82,6 millones.

Las captaciones más sustanciales provinieron de las provincias donde existen mayores concentraciones poblacionales y presumiblemente con mayor movimiento crediticio como son Pichincha y Guayas. La recaudación efectiva de esta contribución se muestra a continuación.

El Ministerio de Finanzas (MF) asigna recursos presupuestarios al MSP, de manera trimestral si existe disponibilidad de recursos. La transferencia en este caso no es automática, y los recursos entran a formar parte del conjunto de recursos institucionales y del sector; con lo cual la lógica del fondo se diluye y no facilita ni la agilidad en la disposición de recursos, ni el control financiero contra prestaciones, ni la estimación de costo de la atención del cáncer para el país, ni la auditoría de recursos, ni que instituciones proveedoras como SOLCA tomen conciencia y precisen los resultados esperados de ellos por la transferencia de recursos recibidas.

Como es conocido que el presupuesto del MSP ha crecido permanentemente y de manera muy importante durante el período 2000-2015, y especialmente desde el 2007 con el Gobierno actual. Sin embargo, El MSP aún no ha estimado la asignación presupuestaria para la AIC en sus establecimientos de salud

propios, ni los requerimientos de otros prestadores. Esto se debe a que no existen los registros necesarios en el país para obtener la información requerida, que podría corroborar las estimaciones realizadas para el año 2015, en función de la prevalencia que presenta la enfermedad, y que establece que la estrategia requerirá de entre 500 mil y 750 mil dólares, para la atención de poco más de 60 mil pacientes. Se observa una brecha al comparar las estimaciones por el valor de la atención de la oferta y la cobertura efectiva, la brecha que actualmente cubre la RPIS específicamente, a través de los subsistemas públicos y sus prestadores públicos y privados, y cuya estimación bordearía los 200 millones de dólares, estaría cubierta por el financiamiento del estado y de la seguridad social pública.

Por otro lado, también se desconoce, que porcentaje de las transferencias realizadas por el Ministerio de Finanzas al MSP se destinarán para la estrategia de AIC en sus propios establecimientos de salud. Este desconocimiento se debe a la organización del actual sistema de cuentas presupuestario en salud del Ecuador, que a través del sistema de partidas presupuestarias actuales existentes, fue rediseñado en los últimos años por los sistemas financieros de salud para colocar todos los rubros en grandes cajas presupuestarias, verdaderos compartimentos estancos, como por ejemplo el Programa de Inversiones PAI, donde todo se acopia y su contenido no dice nada; con ello se anula cualquier intento para obtener resultados detallados por nivel de atención y patología, así como de control de la actividad.

Lo que se conoce del análisis realizado entonces es que el MF debía transferir al MSP para el año 2015 un estimado de US\$ 82,6 millones por el mandato del CME, representaría el 3,3 % del presupuesto total codificado a junio 2015 al MSP. Este financiamiento que si bien focaliza en el proveedor mayoritario de la atención integral de cáncer, SOLCA, da cuenta de la prioridad de asignación de recursos, por parte del Estado para este tema, puesto que a la fecha está casi transferido el 100% de la asignación prevista; se identifica el crucial ejercicio del rol re-assignador del Estado, puesto que evidencia, en que la mayor parte del presupuesto transferido corresponde a Guayas, mientras la captación mayoritaria de impuestos se la realiza en Pichincha.

El MSP una vez que cuenta con recursos debe pagar por las prestaciones efectuadas, auditadas y reconocidas, a los proveedores acreditados de la RPIS. Con lo anterior, y más allá de siquiera plantear las limitaciones de todos los instrumentos y actividades involucradas, y centrándonos en el flujo de recursos para la estrategia de AIC, es posible que se profundizan los siguientes problemas:

1. Uno inmediato se debe a que el mecanismo del pago contra prestaciones, no se puede efectivizar plenamente para el proveedor más grande –SOLCA- debido a la disposición de traspaso trimestral de recursos por anticipado, disposición que descarta en entrada la ejecución de un sistema de registro y monitoreo en tiempo real, -ni de cantidad de prestaciones, peor de calidad de las mismas-.
2. Dificulta la identificación de recursos a transferir y no impulsa el desarrollo de un sistema de registro financiero que se requiere para el pago de prestaciones por resultados.
3. Con ejecutar y registrar el flujo de pago por prestación con el resto de prestadores de la RPIS también hay problemas, puesto que aunque no se le pague por adelantado como a SOLCA, tampoco el monto presupuestario específico es capturado de retorno por el sistema presupuestario con el que trabaja el MSP y el país, que no tiene un diseño para ello. Es decir existe un problema intrínseco en la cual riñen las dos lógicas de ejecución presupuestaria, por partidas y por resultados.

Un tema no menor, es el hecho de que SOLCA, proveedor más fuerte en la atención especializada del cáncer, al tener una personería jurídica privada sin fines de lucro, puede obtener y tiene una serie de ingresos adicionales a la fuente pública. La más complicada es el llamado copago, debido a que si bien genera algunos ingresos adicionales a la entidad, más bien profundiza en los llamados clásicos problemas de inaccessibilidad e inequidad, propicia que las personas no accedan a los servicios y/o aplacen su atención, complicándose y encareciendo su recuperación, y en el caso del cáncer, en cualquier quintil de ingreso, empobrece a la familia.

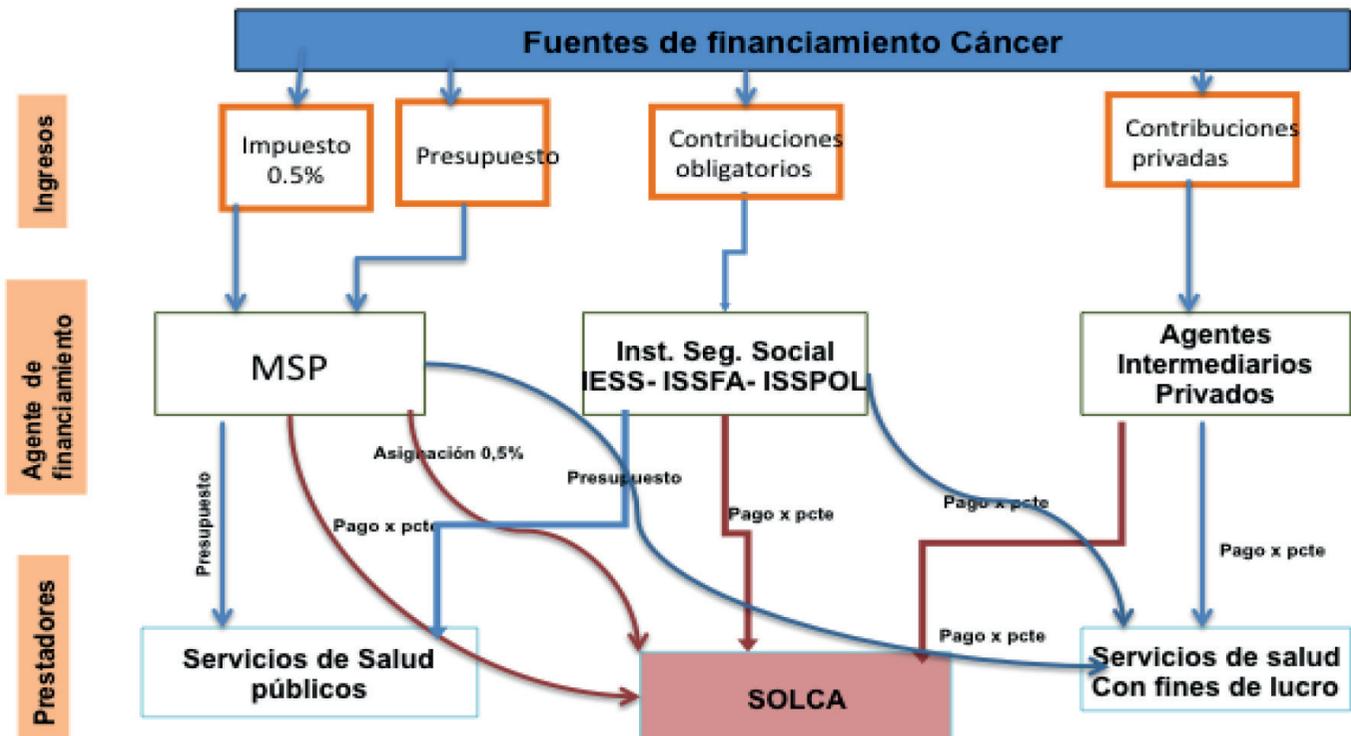
Estos rubros adicionales además, generan una serie de problemas tales como una cultura de discreción financiera y de restricción en el otorgamiento de información exagerada para no propiciar que se sustituya o limite recursos por estos ingresos, una relación no fluida con la autoridad sanitaria y el gobierno nacional para cuidar espacios institucionales puesto que la ley ecuatoriana establece que cuando una entidad recibe más del 50% de su presupuesto del Gobierno, entonces adquiere el carácter de una entidad pública, una dificultad permanente para el control de sus servicios, lo cuales prefieren inexistencia o laxitud en el monitoreo de sus actividades, y una actitud permanente de

aumentar sus ingresos desde lo público, generando un discurso con algunos temas que pueden ser discutibles, por ejemplo que se consideren como gastos a las inversiones y a la adquisición de equipos, así como a la exoneración de pacientes.

### Flujos del financiamiento del cáncer

Siguiendo con la lógica del flujo financiero, para analizar el paso de recursos del MSP a los prestadores de salud, es importante insistir y destacar la variedad y fragmentación de las fuentes de financiamiento del cáncer. Para ello en el gráfico 2 se observan los principales agentes de financiamiento.

Gráfico 1. Flujos financieros del financiamiento del cáncer en el Ecuador 2015



Fuente: Propia

Cada una de las instituciones establecen sus flujos como se observan en el gráfico que llevan a plantear que existe la necesidad de cuantificar el total de financiamiento disponible para la atención integral del Cáncer en el Ecuador, pero que sin embargo los datos disponibles, y las estimaciones realizadas, sólo permiten estimaciones del sector público y del privado con muchas dificultades.

### Estimación del financiamiento para cáncer en el Ecuador

Estimar el financiamiento total para el cáncer en el Ecuador tiene las siguientes limitaciones: el MSP no contabiliza el gasto por cáncer de manera diferenciada, en sus establecimientos de salud propios, tampoco registra la atención para esta patología, se conoce

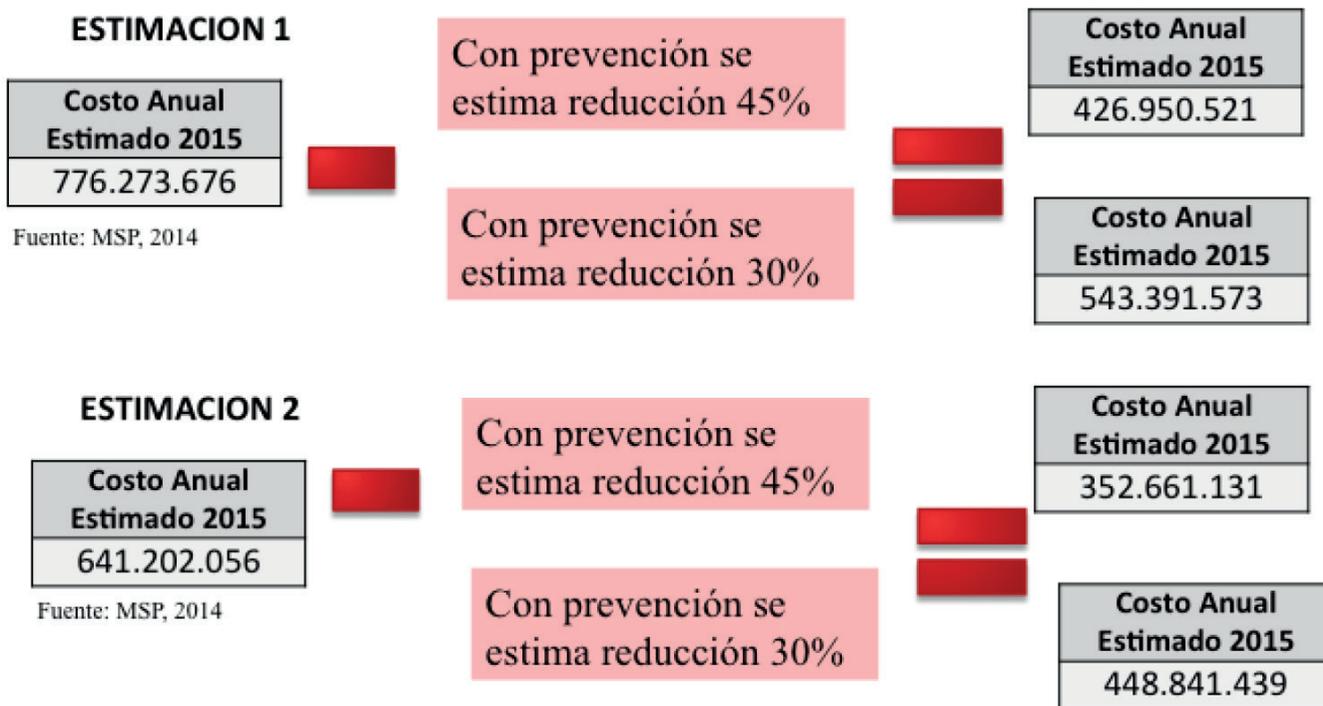
lo que gasta en SOLCA y en prestadores privados por cáncer, aunque no se pudo obtener esta información. El obtener esta información requiere una investigación y validación operativa propia. En 2014 el IESS gasta alrededor de 139 millones para cáncer en prestadores internos y externos (incluido SOLCA), información que requiere una validación igual que el MSP. En el ISSFA e ISSPOL en 2014 se gasta aproximadamente 2 millones 300 mil en cáncer, validación igual que el MSP. El gasto privado (hogares y primas de seguro privado con cobertura de cáncer) no ha sido posible ser estimado, exige una investigación propia.

Debido a lo anterior, se toma como referencia una estimación hecha por el MSP en 2014 que toma como punto de partida el número de casos estimados para 2012 por Globocan 2012 (55.949 casos), que analiza

dos montos con dos aproximaciones metodológicas: 1. el costo promedio de atención al cáncer, estimada de los pagos realizados por esta patología en el 2012, da como promedio \$12.465 que para el 2012 es de 697,4 millones; 2. el costo estimado por cada tipo de cáncer tomado como base que el costo integral por estadio para el cáncer cérvico-uterino es de \$10884 y aplicando pesos ponderales de los costos en Estados Unidos lo que da para 2012 un costo total de \$576 millones de USD.

Se estima que con la implementación de procedimientos de control de factores de riesgo, detección temprana y tratamientos costo efectivos se podrían tener ahorros de 25 y 30%, montos estimados que deben ser referencia para la priorización de intervenciones y asignación de recursos. Un estudio realizado por el MSP en 2012 en relación a cáncer cervico-uterino estima que con una priorización en intervenciones preventivas. Se hace una modelización considerando estos datos estimados.

**Gráfico 2.** Modelización de financiamiento requerido del cáncer en el Ecuador



Adaptado de: MSP. 2014  
Elaboración propia: 2015

## Conclusión

El financiamiento nacional para el cáncer en el Ecuador aún no ha sido posible estimar en su totalidad. La asignación del COMOF a SOLCA se mantiene de la misma forma que 2014: asignación más pago a prestadores por parte del MSP, se debe cambiar. El funcionamiento autárquico de cada núcleo de SOLCA constituye para esa institución una desventaja porque

existen costos asociados a un funcionamiento no homogéneo y además un relacionamiento heterogéneo con la población ecuatoriana. La fragmentación del financiamiento afecta a la población por no recibir lo que debe y puede ser utilizada de acuerdo a los diferentes enfoques y vaivenes financieros de las instituciones. La cultura organizacional rentista es también

un problema porque limita evolucionar a constituirse entidades con capacidad de gestión, limita su visión a ser un apéndice de las rentas que caigan del sector público y a sus ciclos de expansión y contracción. Finalmente puede llegar a un nivel de tensión importante que ponga en riesgo el mismo existir institucional.

### **Declaración de conflicto de interés**

Ninguna

### **Financiamiento:**

Propio de la autora

---

### **Referencias:**

1. SOLCA núcleo Quito. Plan estratégico institucional SOLCA núcleo de Quito 2013-2017 [Internet]. SOLCA, editor. Quito Ecuador.
2. MSP. Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria. 2013
3. MSP, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Ecuador; 2014
4. Reportes SRI y Ministerio de Finanzas. Ecuador; 2014
5. Estimación del costo del cancer en el Ecuador. MSP. 2014. No Publicado
6. Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices de política y gestión. Resumen de Orientación. OMS. 2002
7. Mejia A y col. Cancer control in low and middle income countries. Universidad de California. 2008
8. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 4. OMS. 2007

9. Knaul F, Arreola H. Estimates cost of treatment versus productivity losses from cancer: literature review and sensitivity analysis: nota metodológica. Octubre 2011
10. IARC. GLOBOCAN 2012. <http://globocan.iarc.fr/> (accessed October 27, 2015)
11. OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra. OMS. 2015
12. American Diabetes Association (ADA). Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes Care*, 36(4):1033-1046.
13. Nikolic IA, Stanciole AE y Zaydman M. Chronic emergency: why NCDs matter. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Banco Mundial. Washington, DC.