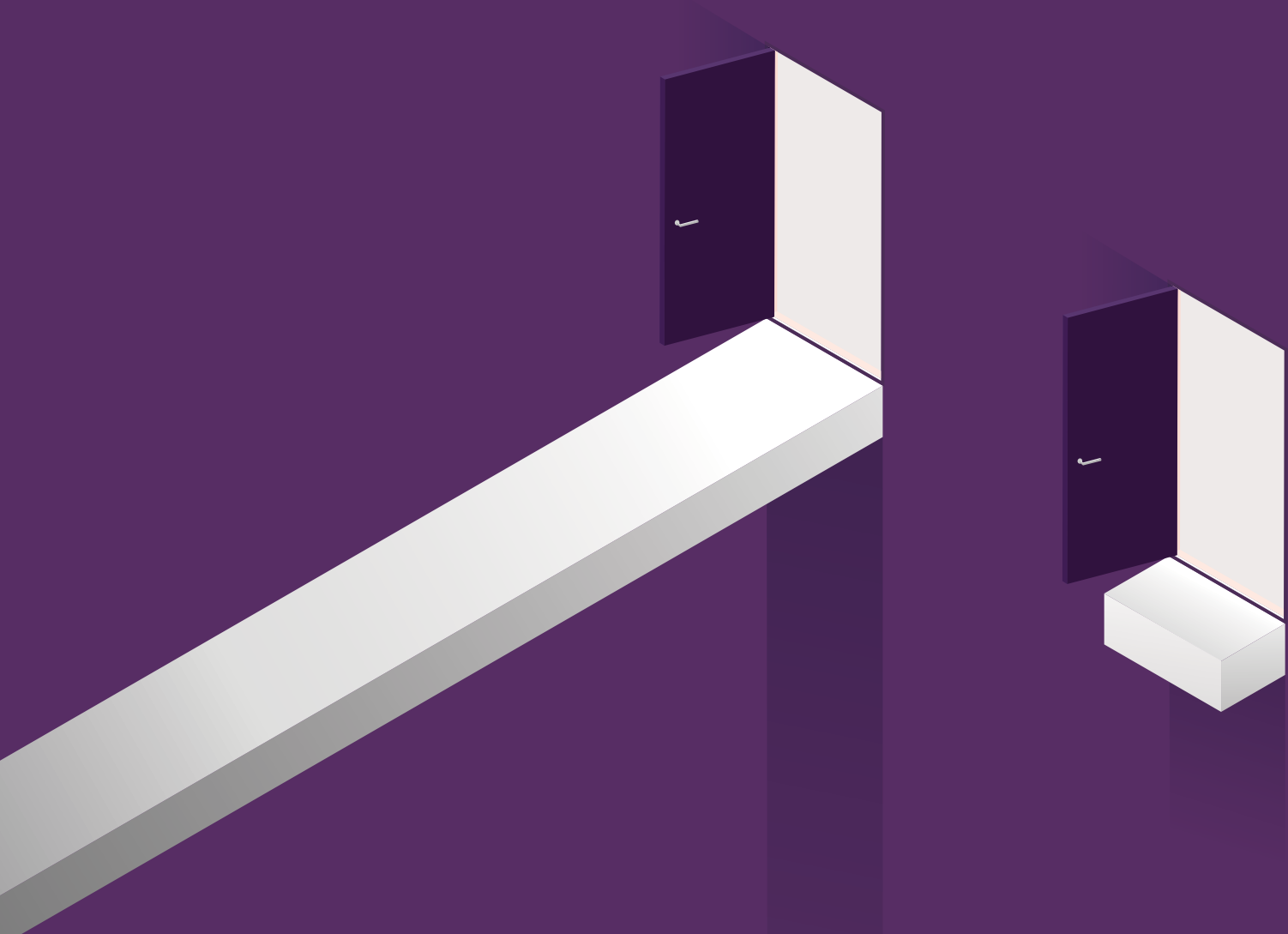


Cáncer y desigualdades sociales en México 2020

Resumen
Ejecutivo



Cáncer y desigualdades sociales en México 2020

Cáncer y desigualdades sociales en México 2020

Laura Flamand G.
Carlos Moreno Jaimes
Rafael Arriaga Carrasco

Colaboradoras y colaboradores

Investigadores

Laura Flamand G.
Carlos Moreno Jaimes
Rafael Arriaga Carrasco

Especialistas

Lucely Cetina Pérez
Miguel Ángel Jiménez Ríos
Óscar Arrieta Rodríguez
Samuel Rivera Rivera
Hortensia Reyes Morales

Corrección de estilo, diseño y difusión

Margarita Carrasco Zanella
Nieves Dánae Valdés Leija
Jenny Flores Ortega

**Cristina
Lozano**

Buenas tardes, feliz año nuevo.

Ahora sí ya nos hicieron esperar mucho, ¿no?

¿Usted de dónde viene?

Vivo aquí bien cerca, antes de la caseta de Cuernavaca. En 20 minutos ya estamos aquí. (Tose).

Sí, desde hace como dos años. Empecé con una tos que no se me quitaba y estaba cansada todo el día. Luego me dio un dolor en el pecho y en la noche a veces no podía respirar.

Yo por el trabajo en la fábrica estuve muy expuesta al asbesto, nadie me dijo del peligro, pero le juro que nunca fumé. Mis compañeras fumaban un montón, igual eso también me afectó.

¡No, qué me va a ayudar! Nunca me dio contrato, ni seguro. Lo bueno es que mi hija es bien preocupona y me tiene asegurada. De mi revisión anual en el IMSS me mandaron para acá y me aceptaron en el protocolo. De otro modo, no hubiéramos podido pagar el tratamiento.

También hay que animarnos entre nosotras, a mí me diagnosticaron en etapa II, dice la doctora que eso ayudó mucho, ahora ya estoy en remisión por el tiempo que Dios quiera. ¿Usted cómo va?

**Concepción
Salvio**

Buenas tardes, igualmente.

Pues siempre hay gente, yo ya me acostumbré. Y, como vengo de fuera, de todas maneras se me va todo el día.

De San Lorenzo Achioteppec en Hidalgo, me vengo con mi hijo en el camión de las cinco ¿Y usted?

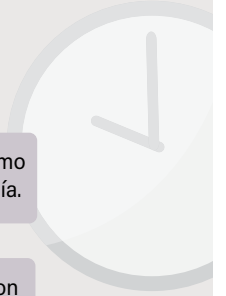
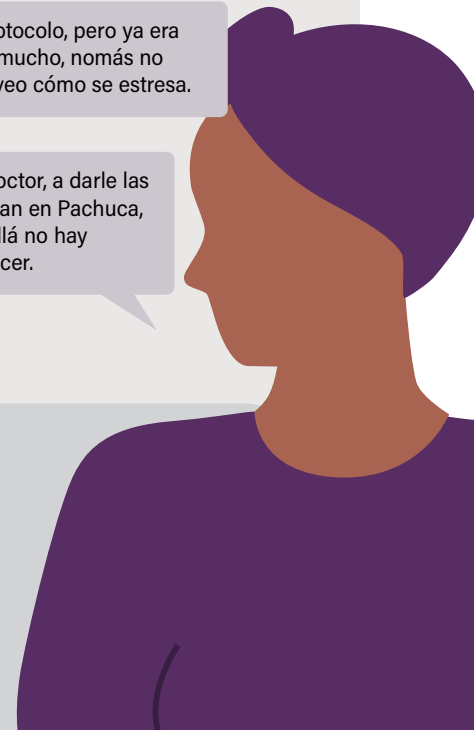
Que suerte que esté tan cerca. Mi pueblo está lejos de todo. ¿Tiene de pulmón, verdad?

Eso es lo peor. Yo me angustiaba mucho cuando no podía respirar. También tengo cáncer de pulmón y hasta me aprendí el nombre de tanto que lo repiten: adenocarcinoma en etapa IV. Dice el doctor que me dio por las estufas de leña que usamos allá en mi comunidad. Ni como saber, no creo tener la culpa de esta enfermedad. ¡Ni modo que no cocine!

Además, esta enfermedad sale bien cara. Primero me mandaron del particular de mi pueblo a un consultorio de farmacia en Pachuca y después de mucho hasta acá. Uno de mis hijos ahora está de mesero los fines de semana para poder pagar el transporte, la comida y los medicamentos. Esos días por lo menos nos trae la comida que sobra. ¿Y su patrón no le ayuda?

A mí también me aceptaron en el protocolo, pero ya era muy tarde, y aunque mi hijo trabaja mucho, nomás no tenemos los recursos, yo nada más veo cómo se estresa.

Pues hoy vengo a despedirme del doctor, a darle las gracias. Intentamos que me atendieran en Pachuca, pero no tratan este tipo de cáncer, allá no hay especialistas. Ya no sabemos qué hacer.



Introducción

El cáncer es la tercera causa de muerte en México. A causa de esta enfermedad fallecen 14 de cada 100 personas anualmente y la esperanza de vida de quienes la padecen es de 63 años. Su mortalidad está creciendo de manera acelerada: entre 1990 y 2019 el número de muertes se duplicó, pasó de 41 a 89 mil personas. Además, el cáncer genera costos directos e indirectos de entre 23 y 30 mil millones de pesos anuales, lo cual representa una quinta parte del presupuesto total del Instituto de Salud para el Bienestar en 2020. Si consideramos los elevados grados de incidencia y mortalidad del cáncer, así como sus consecuencias perniciosas para el bienestar económico y social, es crucial preguntarnos qué alternativas existen para que el sistema público de salud provea atención efectiva, oportuna y de calidad a aquellas personas que padecen los cánceres de mayor incidencia en México.

Para responder esta interrogante presentamos un análisis de política pública comparado que define un problema público de manera específica para proponer alternativas de solución considerando criterios de evaluación preestablecidos, así como las restricciones legales, de información, de recursos y de consenso político.

Figura 1 Análisis de política pública



Fuente: elaboración propia con base en Bardach (1998) y Weimer y Vining (2010)

Nuestra investigación revela que las acciones de control del cáncer a lo largo del ciclo de atención integral (prevención, detección, atención médica, rehabilitación y cuidados paliativos) interactúan de forma estrecha y compleja con las desigualdades sociales que prevalecen en nuestro país, sobre todo, en perjuicio de las personas vulnerables. Aunque suele pensarse que los factores de riesgo para el cáncer son hábitos libremente elegidos por las personas, muchos de ellos también dependen de condiciones sociales y económicas que no se escogen. En consecuencia, la probabilidad de adquirir este padecimiento depende de variables sociales como el género, la pertenencia étnica o el lugar de origen. Además, las características del tratamiento al que tienen acceso los pacientes están determinadas, en buena medida, por sus condiciones económicas, educativas y de aseguramiento. Es indispensable, por tanto, que las políticas de control y atención del cáncer promuevan acciones efectivas, oportunas y de calidad considerando las severas desigualdades sociales de México.

En la primera parte del informe presentamos un diagnóstico de la situación del cáncer en México que describe su incidencia y mortalidad, analiza sus principales factores de riesgo y explica la respuesta institucional vigente para atenderlo. El diagnóstico enfatiza las promesas del programa de control que se encuentra en desarrollo y los obstáculos que ha enfrentado para su implementación plena. También resaltamos las

áreas de oportunidad del sistema de información que es un insumo crucial para las decisiones públicas en la materia, así como la severa desigualdad en la distribución de los recursos disponibles para atender el cáncer.

La segunda parte del análisis describe un conjunto de criterios a partir de los cuales evaluamos alternativas de políticas nacionales de control y atención del cáncer: (i) su visibilidad, es decir que el sistema de salud las de a conocer; (ii) su propiedad, que los servicios se implementen para ajustarse al contexto cultural de las comunidades; (iii) su disponibilidad, que las características de la atención permitan a las personas acceder a ella de manera oportuna; (iv) su asequibilidad, que los servicios se diseñen y ofrezcan para que las personas tengan la posibilidad de invertir recursos y tiempo para acceder a ellos; (v) su idoneidad, que la atención sea de calidad, integral y continua, y, finalmente, (vi) su consideración de las desigualdades sociales.

A partir de estos seis criterios, analizamos las estrategias de control del cáncer en Brasil, Perú y Turquía para compararlas con las acciones relativamente desarticuladas y fragmentadas que se han desarrollado en México. Estos tres países tienen similitudes considerables con el nuestro en cuanto al tamaño de su población, el nivel de ingresos promedio, la heterogeneidad cultural, así como las profundas asimetrías sociales. Además, a diferencia de México, han adoptado estrategias integrales de control y atención del cáncer desde hace varios años con resultados muy promisorios en términos de acceso efectivo, incidencia y mortalidad.

La información que fundamenta este estudio proviene de fuentes documentales de gobiernos nacionales y organismos internacionales, de publicaciones académicas con amplio reconocimiento en temas de salud, de entrevistas a profundidad y de un grupo focal con actores diversos que han generado información y conocimiento científico sobre el fenómeno del cáncer, así como sobre el diseño y la ejecución de acciones para su control y atención.

Diagnóstico

El cáncer en México es un problema severo y creciente. El cáncer, una de las enfermedades no transmisibles que ha cobrado mayor importancia en el mundo, es la segunda causa de mortalidad en América Latina y se prevé que para 2035 los casos y las muertes de cáncer se dupliquen en la región. En México, en 2018, el cáncer ocupó el tercer lugar entre las principales causas de muerte en el país para ambos sexos después de las enfermedades del corazón y la diabetes *mellitus*. Entre 1990 y 2017, el número de casos de cáncer se incrementó 2.5 veces, de 150 mil a 376 mil casos de todos los tipos.

Las desigualdades sociales influyen de manera determinante sobre la incidencia y la mortalidad por cáncer y se relacionan con el nivel de desarrollo de las regiones del país. Los estados con las tasas de incidencia y mortalidad más elevadas tienden a tener niveles de desarrollo altos: Sonora, Chihuahua, Ciudad de México, Baja California, Nuevo León y Baja California Sur. Por el contrario, las tasas de incidencia más bajas corresponden a los menos desarrollados como Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato y Michoacán.

Sin embargo, como muestra la figura 2, la calidad de la atención de quienes padecen cáncer parece tener una relación inversa con el desarrollo socioeconómico: la probabilidad de morir por cáncer es mayor en los estados de la región sur del país, la menos desarrollada (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Yucatán y Veracruz), mientras que los estados de la región norte, la más desarrollada, y la capital del país presentan las razones más bajas (CDMX, Nuevo León, Sinaloa y Baja California).

Figura 2. Razón de las tasas de mortalidad por las tasas de incidencia por entidad federativa México, 2017

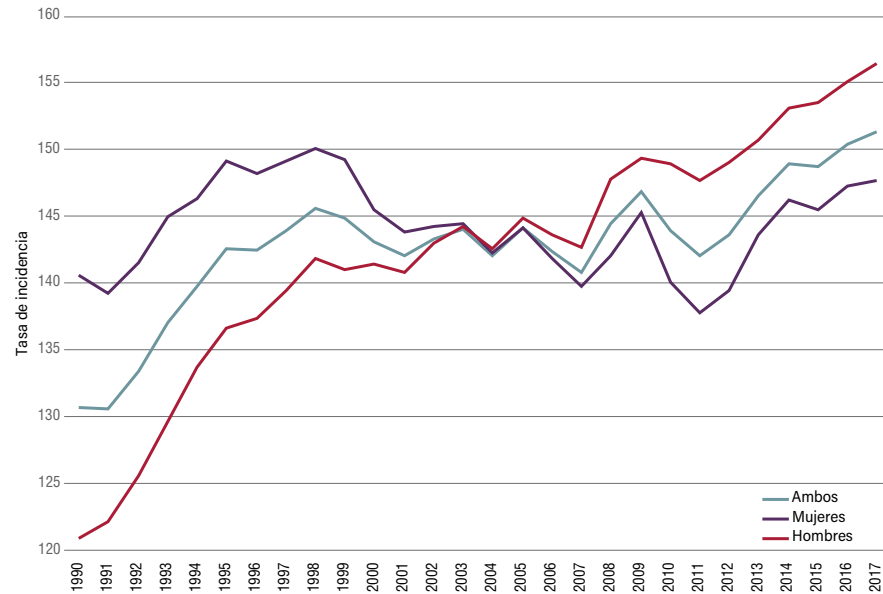


Nota: La razón de la tasa de mortalidad por la tasa de incidencia (razón M:I) permite aproximarnos a la efectividad con la cual los sistemas de salud detectan y tratan la enfermedad. Se basa en el supuesto de que las acciones de sistemas estatales de salud más efectivos, aún con carga de cáncer similar, derivarán en menos muertes que las de los sistemas deficientes. Para los cálculos se utilizaron las tasas estandarizadas por edad para todas las neoplasias excepto el cáncer de piel no melanoma y la categoría de otras neoplasias (benignas e *in situ*). Los rangos de las categorías son las siguientes: muy alta de 0.68 a 0.61, alta de 0.61 a 0.58, media de 0.58 a 0.55, baja de 0.55 a 0.52 y muy baja de 0.52 a 0.48.

Fuente: Elaborado por el área de Sistemas de Información Geográfica de El Colegio de México. Los cálculos son propios con información de GBDCN (2018a).

Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer varían significativamente entre mujeres y hombres. Como muestra la figura 3, en 1990 la incidencia entre las mujeres era considerablemente mayor que entre los hombres; sin embargo, las tasas de ambos sexos convergieron en 2003 y, en la actualidad, la tasa estandarizada por edad de los hombres es de 156.4 casos de cáncer por cada 100 mil habitantes, mientras que la de las mujeres es de 147.7. Lo anterior obedece probablemente a los amplios esfuerzos para mejorar la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer entre las mujeres. De igual forma, la brecha entre las tasas de mortalidad por cáncer de mujeres y hombres se ha ensanchado de manera progresiva en perjuicio de los segundos.

Figura 3. Tasa de incidencia según sexo por cada 100 mil habitantes
México, 1990-2017



Nota: Tasas estandarizadas por edad; incluyen todas las neoplasias excepto el cáncer de piel no melanoma y la categoría de otras neoplasias (benignas e *in situ*).

Fuente: Elaboración propia con datos de GBDCN (2018a).

Finalmente, es importante destacar que las desigualdades sociales influyen sobre los factores de riesgo asociados con el cáncer, entre otros ejemplos:

- Las diferencias en escolaridad ocasionan desigualdad en la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino entre las mujeres.
- Las mujeres de estatus socioeconómico bajo, residentes de zonas rurales y sin seguridad social se involucran menos en actividades de detección de cáncer de mama.
- El cáncer de pulmón no se deriva únicamente del hábito de fumar, sino también de la exposición al humo de leña, que es la principal fuente de energía en hogares ubicados en zonas marginadas.
- En contraste, factores de riesgo relacionados con el cáncer como la obesidad, el sobrepeso, el tabaquismo y el consumo de alcohol tienden a concentrarse en las regiones con mayores niveles de desarrollo.

La respuesta institucional al problema del cáncer ha sido desigual y fragmentada. La distribución de recursos financieros, materiales y humanos para controlar el cáncer en México es muy desigual debido, en parte, al bajo financiamiento del sistema de salud pública desde hace varias décadas y a su fragmentación y operación altamente descoordinada. Las personas que padecen cáncer enfrentan un panorama muy adverso cuando deben trasladarse a otras ciudades o entidades para recibir atención, o cuando sufragan altos costos asociados a tratamientos que su esquema de aseguramiento no cubre.

A pesar de insistentes recomendaciones internacionales y de un largo esfuerzo nacional, México no cuenta todavía con una estrategia nacional de atención y control del cáncer. Esta investigación revela que las razones son múltiples: la fragmentación del sistema nacional de salud, la voluntad política y dudas sobre quien

liderará la estrategia, la escasez de recursos de todo tipo, así como su distribución desigual en el territorio y, finalmente, la falta de información precisa por el incipiente desarrollo de la Red Nacional de Registros de Cáncer.

Lecciones para México a partir del estudio comparado

Las experiencias en materia de atención y control del cáncer en Brasil, Perú y Turquía y su comparación con el caso de México revelan que las desigualdades sociales influyen de manera determinante en las opciones disponibles para controlar el cáncer de manera efectiva en los países de ingresos medios.

1. Visibilidad

Los servicios de atención del cáncer tienen que comunicarse a poblaciones diversas en términos de su lugar de residencia y sus características socioeconómicas. En Brasil, Perú y Turquía, los planes enfatizan la difusión y la ampliación del conocimiento sobre los diversos tipos de cáncer. La estrategia de Brasil es la más amplia, pues visibiliza tanto los factores de riesgo como las estrategias de prevención y control disponibles. En el caso mexicano, la visibilidad refiere sobre todo a programas o normas que atienden tipos específicos de cáncer, sin embargo, no hay una estrategia integral.

2. Propiedad cultural

Las políticas apropiadas se ajustan de manera explícita a las características y necesidades socioculturales de la población de manera que ésta acepte la naturaleza de los servicios y busque atención. En Brasil, Perú y Turquía hay un reconocimiento explícito de la diversidad cultural y social tanto en las normas como en el diseño de las políticas. En México se reconoce la importancia de los factores culturales en las acciones de promoción y prevención, particularmente respecto a la población indígena. No obstante, este reconocimiento no suele permear en la ejecución de políticas de control del cáncer, pues en muchas localidades siguen existiendo prejuicios y estigmas que obstaculizan la eficacia de las medidas de prevención, detección temprana y atención.

3. Disponibilidad

Se refiere a que la población pueda acceder a los servicios de salud de manera oportuna. El único indicador donde México supera a los otros tres países es la proporción de niñas de 15 años que recibieron la vacuna contra el VPH; la ventaja en este indicador es aproximadamente de un tercio adicional. En contraste con los otros países de desarrollo medio, México gasta poco en salud y lo hace de manera muy ineficiente y con poca planeación: la proporción de gasto de bolsillo en nuestro país es casi 2.4 veces superior a la de Turquía. Los indicadores de México en materia de recursos humanos son cercanos a los de Brasil y Turquía, incluso superiores en el número de especialistas en oncología clínica por cada mil habitantes. Sin embargo, 60% están concentrados en Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. Turquía es claramente el país líder en cuanto a infraestructura, con excepción del número de mamógrafos, en el cual Brasil está a la cabeza.

4. Asequibilidad

Se refiere a la posibilidad de que las personas inviertan recursos y tiempo para acceder a los servicios. Brasil es el país con mayor gasto corriente en salud, casi el doble que el resto de los países como porcentaje del producto interno bruto; sin embargo, su gasto público apenas rebasa 40%. El gasto público es dominante en Turquía (77.7%) y en Perú (63.4%), mientras en México supera ligeramente la mitad (51.5%).

Hay diversas organizaciones que proveen servicios de salud en los cuatro países, pero llama la atención la participación de organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de atención del cáncer en México y Turquía. En Brasil, los tratamientos para el cáncer son tan costosos que la gran mayoría de las personas con seguro médico privado recurren al Sistema Universal de Salud para atenderse. En Perú se procura garantizar el financiamiento de la atención continua a las personas que padecen algún tipo de cáncer. En Turquía se enfatiza la necesidad de subsidiar los tratamientos para la clase trabajadora. Mientras que en México el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos cubría todos los tipos de cánceres en menores de 18 años y algunos en población adulta. Todavía hay un alto nivel de incertidumbre respecto a la cobertura del cáncer en el recién creado INSABI.

5. Idoneidad

Refiere al ajuste entre los servicios y las necesidades de las personas usuarias. En Brasil, México y Perú se ha tendido a descentralizar la provisión de servicios a los gobiernos subnacionales, preservando para el gobierno nacional tanto la rectoría como el financiamiento. En México, la descentralización contribuyó aparentemente a la fragmentación de la atención del cáncer y ha ocasionado la ausencia de protocolos estandarizados de atención, diferencias importantes en la cobertura de cada subsistema y alta concentración territorial de recursos. Un indicador clave es la probabilidad de morir prematuramente debido al cáncer. De los cuatro países, México tiene la probabilidad más baja y se estima que así se mantendrá hasta 2030; sin embargo, también es el país que registra las reducciones más pequeñas en los últimos años. Es crucial enfatizar que la probabilidad de morir prematuramente debido al cáncer se relaciona con factores diversos más allá de la idoneidad de las medidas de prevención y control del cáncer, incluyendo las condiciones socioeconómicas

6. Consideración de las desigualdades sociales

Perú destaca porque se han diseñado medidas explícitas para garantizar la atención continua a las personas de escasos recursos; a su vez, ha reconocido la necesidad de una distribución territorial más homogénea de las personas especialistas en tratamientos oncológicos. En México se reconoce explícitamente que las desigualdades sociales tienen una relación estrecha con el control del cáncer; además, los avances en las tasas de supervivencia al cáncer derivados de las políticas de protección social que se han implementadas en los años recientes son innegables. Las inequidades, sin embargo, persisten como revelan las historias de vida que abren este resumen.

Conclusiones y recomendaciones

I. El cáncer y las desigualdades sociales tienen una relación estrecha y compleja.

Las personas que experimentan desventajas sociales suelen ser más susceptibles a desarrollar algún tipo de cáncer, así como a acceder a tratamientos de manera tardía o con baja efectividad. Además, en todo el ciclo de atención y control del cáncer, las personas que experimentan desventajas vinculadas con su nivel de ingreso, su género, su lugar de residencia o su afiliación a la seguridad social enfrentan mayores riesgos.

II. Los recursos para controlar y atender el cáncer se distribuyen de manera desigual entre estados y municipios.

La distribución de recursos financieros, materiales, humanos y de infraestructura para controlar el cáncer en México es muy desigual. Para tratar el cáncer los municipios menos marginados cuentan con 3.5 veces más especialistas médicos, 5.3 veces más mastógrafos y 5.1 veces más consultorios que los municipios más marginados. Esta distribución desigual se explica tanto por el bajo financiamiento del sistema público de salud, como por su fragmentación y operación descoordinada.

III. En la atención al cáncer, la prevención y el diagnóstico temprano son cruciales.

Según la Organización Mundial de la Salud, es posible evitar 4 de cada 10 muertes provocadas por cáncer con intervenciones de promoción de la salud y prevención temprana que han revelado alta efectividad incluso en contextos de recursos escasos. En México, 70% de los casos de cáncer se detectan en etapas avanzadas, lo cual reduce las posibilidades de curarlos y encarece su tratamiento.

IV. La fragmentación del sistema de salud es un obstáculo enorme para la atención y control del cáncer.

Según el subsistema al que estén afiliados, las personas con cáncer tienen que desplazarse a otras ciudades para recibir atención médica, por ejemplo, de Acapulco a la Ciudad de México o de Tijuana a Mexicali. Estos desplazamientos implican costos físicos, emocionales y financieros elevados para las personas y resultan muy ineficientes para los subsistemas. Además, los medicamentos, terapias, tiempos de atención, niveles de efectividad y cuidados paliativos dependen del tipo de aseguramiento de las personas, el cual se determina a su vez por el tipo de trabajo que realizan.

V. En México es indispensable coordinar las acciones de atención y control del cáncer.

Los programas nacionales de control de cáncer permiten establecer estrategias más sistemáticas, perdurables y equitativas en un país. A pesar de insistentes recomendaciones internacionales y de un largo esfuerzo nacional, nuestro país no cuenta todavía con una estrategia nacional de control de este padecimiento. En México, ante la ausencia de un sistema universal de salud, es crucial desarrollar un programa nacional de atención y control del cáncer para coordinar las acciones de los subsistemas que operan de manera fragmentada.

VI. El gobierno necesita actuar en conjunto con la sociedad y el sector privado para atender el severo problema del cáncer.

Las organizaciones de la sociedad civil emprenden actividades que complementan y enriquecen las acciones públicas. La experiencia internacional revela que los sistemas de salud públicos más efectivos en la atención del cáncer se coordinan con los servicios de salud privados de manera muy flexible. Si consideramos los elevados grados de incidencia y mortalidad del cáncer, así como sus consecuencias perniciosas para el bienestar socioeconómico de las personas y de México, es imprescindible trabajar en comunidad para lograr que el sistema público de salud ofrezca atención efectiva, oportuna y de calidad a las personas con cáncer.

**Cáncer y
desigualdades
sociales en México
2020**