

EL IMPACTO DE LA
**PANDEMIA DE
COVID-19 EN
LA ATENCIÓN
DEL CÁNCER**
EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Autores:

Franco Doimi

MD, Oncosalud AUNA, Patología Oncológica, Lima, Perú

Isabel Alvarado-Cabrero

MD PhD, Mexican Oncology Hospital, IMSS, México.

Mariana Rico Restrepo

MD, Americas Health Foundation (AHF), Colombia

Lilian Torregrosa

Department of Breast and Soft Tissue Surgery, Pontificia
Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Rubén Torres

Rector de la Universidad ISALUD, R. Argentina.

Fernando Maluf

Hospital Beneficência Portuguesa, Departamento de Oncologia,
São Paulo, Brasil, Hospital Israelita Albert Einstein, Departamento
de Urologia, São Paulo, Brasil

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Resumen de recomendaciones	8
Introducción	9
Metodología	10
Encuesta a Organizaciones de Pacientes	10
Encuesta de Percepción de los Médicos	10
Análisis del impacto económico	12
El impacto del COVID-19 en pacientes con cáncer según las organizaciones de pacientes de América Latina	16
Resumen de impactos	16
Acceso y oferta de servicios de salud	16
Acceso a los servicios sanitarios durante la pandemia y nuevas formas de atención	18
Incidencia política: una nueva dinámica	18
Papel de las organizaciones en la vacunación contra el COVID-19	19
Impacto económico de la pandemia de COVID-19 en las organizaciones de pacientes con cáncer y sus pacientes en América Latina	19
Demoras en el acceso a la atención médica debido a su costo, según los pacientes	21
Impacto de la pandemia de COVID-19 en la demanda de actividades y servicios de la organización de pacientes	22
Impacto del COVID-19 sobre la atención del cáncer en América Latina: resultados de la encuesta a médicos	24
Resumen de impactos: alcance regional	24
Brasil	26
Colombia	28
Ecuador	30
México	32
Perú	34
América Central	36
Cono Sur	38

Resultados del análisis económico del impacto del COVID-19 sobre la atención del cáncer en América Latina	41
Resumen de impactos	41
Impacto directo del COVID-19 sobre los sistemas de salud: atención del cáncer	44
Impacto indirecto del COVID-19 sobre los sistemas de salud: atención del cáncer	48
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Agradecimientos	59
Referencias	60
Anexo 1: Tablas de países para la Encuesta a Médicos	63
Tablas para Brasil	63
Tablas para Colombia	72
Tablas para Ecuador	81
Tablas para México	90
Tablas para Perú	99
Tablas para América Central	108
Tablas para el Cono Sur	117
Anexo 2: Modelo Económico Específico	127

Resumen ejecutivo

Antecedentes e introducción

La salud pública mundial se ha visto asolada por la pandemia infecciosa más grave de este siglo, causada por el virus SARS-COV-2. Desde diciembre de 2019, la carga de la pandemia de COVID-19 ha desplazado cada vez más las prioridades de salud tradicionales y ha alterado los criterios de priorización de la salud pública. Esto ha demostrado ser perjudicial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, entre las que se incluye el cáncer.

El espectro completo de atención del cáncer, que va desde su prevención hasta la supervivencia, se vio comprometido por el predominio de la pandemia de COVID-19. En 2020, a un millón y medio de personas en América Latina y el Caribe (ALC) le diagnosticaron cáncer. El cáncer es la segunda causa de muerte en ALC, con más de 700.000 muertes registradas en 2020, y se prevé un aumento de su incidencia para los próximos años debido al envejecimiento de la población y a los cambios en el estilo de vida. Esta carga ya presentaba importantes desafíos para la región, los cuales se han visto agravados por la contingencia. Las exigencias inmediatas de la pandemia han hecho que se desvíen recursos, tanto económicos como humanos, hacia estrategias de contención destinadas a limitar la pérdida de vidas. Es probable que el impacto negativo de la pandemia sea mayor en los países de ingresos bajos y medios, como los de ALC, debido a los ya limitados recursos, la mala distribución geográfica de la atención médica, el escaso acceso a la tecnología y las inequidades globales en la distribución de vacunas. Este estudio pretende evaluar los impactos de la pandemia en todos los aspectos de la atención del cáncer en 11 países de ALC, lo que incluye: el impacto en las actividades de los grupos y las organizaciones de pacientes, la respuesta de los centros de oncología, las medidas adoptadas para adaptar su atención y las intervenciones; así como estimaciones del impacto económico en términos de gastos directos e indirectos en ALC en relación con el tratamiento de los principales tipos de cáncer, y una proyección de las futuras implicancias de sus costos para la región.

Métodos

Este informe se elaboró mediante tres metodologías diferentes de recopilación y generación de datos: encuesta a organizaciones de pacientes (OP), encuesta a médicos y un análisis del impacto económico. **Encuesta a organizaciones de pacientes:** Se realizó una investigación sobre el impacto del COVID-19 en las OP de cáncer y sus pacientes en ALC mediante una herramienta de encuesta en línea para recopilar información, de la cual se obtuvieron respuestas de 102 líderes de OP en la región de ALC, la mayoría de Brasil, Costa Rica, México, Argentina y Colombia. El presente trabajo se complementó con entrevistas cualitativas a 17 líderes de México (5), Argentina (4), Colombia (2), Chile (3) y Uruguay (3). **Encuesta a médicos:** Se distribuyó una encuesta transversal multinacional a los prestadores de atención oncológica de toda ALC mediante una herramienta de encuesta en línea, de la cual obtuvieron 266 respuestas de prestadores de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. La encuesta en línea incluyó preguntas sobre los siguientes temas: información biográfica, percepción sobre la disrupción en la atención del cáncer; tendencias epidemiológicas; percepción de impacto en tamizaje y prevención; impacto en las visitas a la clínica; cambios en el tratamiento; diagnóstico y manejo del COVID-19; y percepción de impacto económico de la pandemia. **Análisis económico:** Se realizó una evaluación económica sanitaria independiente para estimar el impacto económico de los retrasos en el diagnóstico y las interrupciones del tratamiento para los pacientes de ALC, los médicos, los sistemas de salud y los gobiernos a través de los datos disponibles. Con este modelo, se calculó la carga que los sistemas de salud y los gobiernos experimentan por este complejo problema y se realizó una proyección de las futuras implicancias y necesidades en términos de asignación

presupuestaria debido a las cambiantes tendencias en la etapa de diagnóstico a causa de la pandemia. El análisis se concentra en los cinco tipos de cáncer más frecuentes en la región: próstata, mama, colorrectal, pulmón y cervical.¹ Se examinan en detalle seis países: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú. El resto de los países de la región se analizan a nivel global, como “Otros países de ALC”, debido a los escasos datos publicados disponibles para cada país de manera individual.

A nivel regional, el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención del cáncer en ALC se ha manifestado principalmente en tres ámbitos: la oferta de servicios para la atención del cáncer, la mortalidad y el impacto económico para el paciente y los sistemas de salud.

Oferta de servicios para la atención del cáncer

Todos los participantes (100%) de la encuesta a prestadores de atención oncológica informaron algún tipo de interrupción en la atención habitual, principalmente debido a la saturación de los sistemas de salud. Otros motivos citados por los pacientes como dificultades para acceder a su atención habitual fueron: las cuarentenas y las prohibiciones de viajar, el miedo a infectarse, los métodos de precaución adoptados y las limitaciones financieras. Las interrupciones en los tratamientos prevalecieron durante todo 2020 (95%) y en un grado levemente menor en 2021 (85%). La mayoría de los prestadores de atención oncológica informaron que parte de sus pacientes se vieron obligados a abandonar el tratamiento por completo, por motivos relacionados con la pandemia. Las áreas más afectadas por las interrupciones en la región fueron las de cirugía y servicios de diagnóstico, las cuales presumiblemente tienen un impacto substancial ya que los pacientes sufrieron demoras e interrupciones en el acceso oportuno al diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

El 80% de los participantes informó que los programas y las actividades de prevención del cáncer en la región se han visto significativamente afectados por la pandemia, y el 96% informó sobre una disminución específica en la detección mediante mamografía (tamizaje). Esto afectará a millones de mujeres, ya que el cáncer de mama es el más común en las mujeres de la región de ALC, y a menudo es curable si se lo detecta en etapas tempranas, lo cual fundamentalmente es posible gracias a estos importantes programas de tamizaje de rutina. El impacto potencial de interrumpir los esfuerzos de tamizaje y prevención es sustancial en función de las demoras en la definición de diagnósticos oportunos y la determinación de la etapa de los nuevos pacientes. Los efectos derivados de estas demoras se verán en los próximos meses y años a medida que los pacientes presenten una enfermedad más avanzada y los sistemas de salud tengan que enfrentar una acumulación de pacientes. Si la situación que se observa en la mayoría de los países se convierte en tendencia, la combinación de los impactos económico y sanitario de la post pandemia probablemente sobrecargue a los sistemas de salud con una demanda excesiva.

Mortalidad

La relación entre el aumento de la mortalidad por cáncer y la pandemia de COVID-19 está ampliamente documentada en los países de altos ingresos, con un aumento estimado que oscila entre el 20% y el 30%.^{2,3,4} Aunque actualmente no se dispone de datos similares para ALC, es probable que el impacto sea aún mayor. Esto significa que por lo menos 210.000 personas más morirían cada año en ALC a causa del cáncer. Por ejemplo, solamente en Perú, las muertes por cáncer durante la emergencia sanitaria aumentaron un 31%. En este estudio, varios datos apoyan la noción de un grave impacto en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia. En promedio, 87% de los prestadores de atención oncológica encuestados en la región informaron haber observado un aumento en la mortalidad a causa del cáncer en sus pacientes debido a las demoras y las interrupciones ocasionadas por la pandemia. El 93% de los médicos informó que el cáncer estaba en etapa avanzada al momento del diagnóstico, lo cual a menudo significa un pronóstico más desfavorable y opciones de tratamiento limitadas para el paciente. Además, el 87% de los participantes informó un aumento

en los pacientes con recidiva de cáncer. Se estima que, en la región, aumentaron hasta 105% los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos durante 10 años debido al cáncer, en comparación con el valor inicial, lo que supone un total de 917.000 años.

Impacto económico

Los pacientes con cáncer y sus familias han sufrido graves consecuencias económicas tras la pandemia. En la encuesta a las organizaciones de pacientes, 89% de los encuestados reportó una disminución/pérdida de ingresos para los pacientes y el 86%, para los cuidadores. Además, el aumento de los gastos de bolsillo destinados al tratamiento y el incremento de los gastos domésticos asociados al cuidado de los pacientes, como la contratación de cuidadores adicionales y la reforma del hogar debido a las restricciones de movilidad derivadas del COVID-19, crean una situación alarmante, que agrava la vulnerabilidad inherente a los pacientes con cáncer. El papel de las mujeres como cuidadoras se intensificó como consecuencia de la pandemia, lo que a menudo aumentó su vulnerabilidad económica y emocional. Muchos pacientes también informaron acerca de la pérdida de la cobertura de salud pública o privada. Este impacto es uno de los más preocupantes, ya que puede durar en el mediano o largo plazo y afecta directamente el acceso a la asistencia. En muchos países de la región, algunos tipos de cobertura están directamente vinculados al empleo. Por lo tanto, una pérdida de empleo también tiene un impacto en términos de cobertura.

Por otro lado, los sistemas de salud también se enfrentan a una carga económica inminente. El 96% de los médicos espera en su país una sobrecarga de pacientes con cáncer después de la pandemia y la mayoría cree que los sistemas de salud no están preparados para gestionar esta demanda acumulada en términos de asignación presupuestaria o de disponibilidad de personal de salud e instalaciones especializadas. Cabe señalar que en México y Perú alrededor del 70% de los encuestados observó reducciones de los presupuestos asignados a la atención oncológica por parte de sus centros de salud y del gobierno. Se estima un impacto económico total de hasta USD 10.700 millones por los retrasos en el diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer y las interrupciones del tratamiento provocadas por la pandemia de COVID-19 en ALC. Además, la capacidad económica perdida a lo largo de 10 años debido al cáncer podría aumentar hasta alcanzar los 8.300 millones de dólares, lo que supone un incremento del 107% respecto al escenario de referencia pre pandémico, con un aumento de hasta el 155% en el costo del tratamiento del cáncer en 5 años para los sistemas de salud, equivalente a 2.132 millones de dólares. El cáncer de mama es responsable de aproximadamente el 50% del impacto económico total de la pandemia en los costos médicos asociados a la atención del cáncer, seguido de cáncer cervical, lo que expone los graves impactos de la pandemia en la salud de las mujeres.

Además, las conclusiones de este informe evidencian que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto desproporcionadamente alto en las mujeres de ALC, lo que exacerba la desigualdad de género en la atención de la salud y amenaza el desarrollo y el bienestar de las mujeres en términos de salud, empleo y bienestar social. Para abordar las cuestiones planteadas a raíz del impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención del cáncer en ALC, se ofrecen recomendaciones para seguir respondiendo a esta y a futuras pandemias de forma que se priorice la salud, la protección y la atención de los pacientes por parte de gobiernos comprometidos y sistemas de salud resilientes. Es decir, políticas que eviten que esta situación tenga un costo social tan alto que implique una sentencia de muerte sin siquiera haber comenzado a recorrer el camino de la enfermedad.

Resumen de recomendaciones

Abogar por políticas públicas y programas de apoyo específicos destinados a abordar los nuevos problemas a los que se enfrentan los pacientes, creados por el deterioro de la situación económica en ALC, que afecta especialmente a grupos vulnerables como los pacientes con cáncer y sus cuidadores. La dimensión económica del impacto de la pandemia sobre las OP de cáncer y sus pacientes tendrá probablemente un impacto sostenido, al menos a mediano plazo. Por lo tanto, las soluciones deben desarrollarse metódicamente y no solo con una perspectiva temporal a corto plazo.

Las OP deben crear un mapa de nuevos actores y programas, especialmente los del ámbito social, para crear sinergias que ayuden a los pacientes con sus nuevas necesidades y apoyen la sostenibilidad de estas organizaciones, la cual se ha visto desafiada por el impacto económico de la pandemia, ya que tanto la demanda como la oferta de actividades y servicios para pacientes y cuidadores han aumentado significativamente, mientras que los ingresos han disminuido.

Los gobiernos deben reconocer y comprender la carga de cáncer reprimida generada por la pandemia y desarrollar una estrategia dedicada e integral, con el objetivo de reducir la mortalidad por cáncer mitigando los retrasos e interrupciones en la prevención, el diagnóstico y la atención del cáncer.

Asignar recursos suficientes al gasto en cáncer según la demanda reprimida y el impacto económico de la pandemia en la atención y el control del cáncer en cada país.

Incorporar la perspectiva de género para ampliar la comprensión de los problemas asociados a la pandemia de COVID-19 y a la atención del cáncer, reconociendo el impacto desproporcionado que sufren las mujeres y las niñas como pacientes y cuidadoras, e incorporando la perspectiva de género en todas las etapas de la formulación de políticas, planes y estrategias.

Continuar con los programas de prevención del cáncer en plena vigencia e implementar estrategias para superar la brecha de tamizaje que se creó durante la pandemia, a fin de lograr un diagnóstico e intervención oportunos.

Garantizar la continuidad de la oferta de servicios de atención del cáncer, que incluyan la prevención, el diagnóstico, la cirugía, el tratamiento y el seguimiento durante futuros brotes y crisis sanitarias, desarrollando estrategias específicas para estar mejor preparados.

Combatir la escasez y la mala distribución de los recursos en ALC optimizando los recursos humanos existentes y aprovechando la tecnología.

Implementar una campaña de comunicación y concientización con el fin de educar al personal de salud, a los pacientes con cáncer y a sus cuidadores para que afronten la nueva realidad y adopten las lecciones aprendidas de esta pandemia como parte integral de la nueva normalidad en cuanto a la atención del cáncer.

Fomentar la investigación local sobre los impactos de las diversas medidas, adaptaciones y decisiones tomadas en la prestación de cuidados oncológicos a la luz de la pandemia para crear un enfoque basado en la evidencia para el futuro.

Introducción

La salud pública mundial se ha visto asolada por la pandemia infecciosa más grave de este siglo provocada por el virus SARS-COV-2. Desde diciembre de 2019, la carga de la pandemia de COVID-19 ha desplazado cada vez más las prioridades de salud tradicionales y ha alterado los criterios de priorización de la gestión de la salud. Esto ha resultado perjudicial en todo el mundo para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, como el cáncer y ALC no fue la excepción.

El espectro completo de atención del cáncer, que va desde su prevención hasta la supervivencia, se vio comprometido por el predominio de la pandemia de COVID-19. En 2020, un millón y medio de personas en la región de ALC recibieron un diagnóstico de cáncer, siendo el de próstata y el de mama los más frecuentes en hombres y mujeres, respectivamente. El cáncer es la segunda causa de muerte en ALC, con más de 700.000 muertes registradas en 2020 y se prevé un aumento de su incidencia para los próximos años debido al envejecimiento de la población y a los cambios en el estilo de vida. Esta carga ya presentaba importantes desafíos para la región, los cuales se han visto agravados por la contingencia.

En ALC, el panorama de la salud previo a la pandemia ya estaba caracterizado por sistemas de salud fragmentados y con escasa financiación, con inequidades en los niveles de acceso a una atención de calidad. Las exigencias inmediatas de la pandemia han hecho que se desvíen recursos, tanto económicos como humanos, hacia estrategias de contención destinadas a limitar la pérdida de vidas. Las medidas de salud pública, como los cierres y las cuarentenas aplicadas en toda la región, se entrelazaron con la acuciante crisis económica, creando y agravando los desafíos relacionados con el acceso al tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en toda la región. Además, la pandemia del COVID-19 tuvo un impacto desproporcionado en las mujeres de ALC, lo que agravó la actual crisis de desigualdad de género que afecta a las esferas sanitaria, social, económica y política.

Cuando comenzó la pandemia, los servicios de salud de rutina se interrumpieron y muchos de los trabajadores de la salud, que habitualmente atendían a pacientes con cáncer u otras enfermedades no transmisibles, fueron reasignados para dar respuesta al COVID-19. Los pacientes con cáncer son especialmente vulnerables a los efectos de la pandemia, ya que pueden enfrentarse a infecciones potencialmente mortales y a interrupciones y/o retrasos en su atención oncológica. Esto también pone a este grupo de personas ante un mayor riesgo de enfermar gravemente o morir si contraen COVID-19. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países deben buscar formas innovadoras de garantizar la continuidad en la atención a las personas con enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer, a la vez que abordan la atención del COVID-19. Los países no pueden pensar que se trata de una situación de elegir entre una cosa u otra.

Los oncólogos y los pacientes de todo el mundo debieron enfrentar el desafío de adaptarse a las circunstancias y equilibrar la continuidad de la atención con el hecho de limitar la exposición al riesgo de contraer COVID-19. Muchos consultorios de oncología han aplicado medidas como la adopción de la telemedicina, el aumento de los intervalos de seguimiento, la reducción de los procedimientos electivos o no esenciales y el alta de pacientes de la atención hospitalaria.^{5,6} Es probable que el impacto negativo de la pandemia sea mayor en los países de ingresos bajos y medios, como los de ALC, debido a los recursos ya limitados, la mala distribución geográfica de la atención médica, el escaso acceso a la tecnología y las inequidades globales en la distribución de vacunas.^{7,8} Este estudio pretende analizar y estimar el impacto de la pandemia en todas las dimensiones de la atención oncológica en 11 países de ALC, lo que incluye: el impacto en las actividades de los grupos y organizaciones de pacientes, la respuesta de los centros de oncología, las medidas adoptadas para adaptar la prestación de la atención y las intervenciones; el impacto

económico en términos de gasto directo e indirecto en cáncer para los principales tipos de cáncer en ALC y una proyección de las futuras implicancias en los costos para esta región. Se ofrecen recomendaciones para seguir respondiendo a la presente pandemia y a futuras pandemias de manera que los pacientes se mantengan sanos, protegidos y atendidos por sistemas de salud resilientes.

Metodología

Este informe se elaboró mediante tres metodologías diferentes de recopilación y generación de datos: encuesta a organizaciones de pacientes (OP), encuesta a médicos y un análisis y estimación del impacto económico. Una vez que se agruparon estas tres partes, el panel de expertos revisó el artículo para realizar ediciones contextuales y obtener su aprobación final.

Encuesta a Organizaciones de Pacientes

El Grupo Catalyst, a través de United Patients, su plataforma de capacitación en línea para OP, llevó a cabo una investigación sobre el impacto del COVID-19 en las organizaciones de pacientes con cáncer y sus pacientes en ALC. Catalyst utilizó una herramienta de encuesta en línea para recopilar información, a partir de la cual se obtuvieron respuestas de 102 líderes de OP en la región de ALC, la mayoría de Brasil, Costa Rica, México, Argentina y Colombia (véase la Tabla 1).

El presente trabajo se complementó con entrevistas cualitativas personalizadas a 17 líderes de México (5), Argentina (4), Colombia (2), Chile (3) y Uruguay (3). Las encuestas y entrevistas se realizaron entre mayo y julio de 2021. El contenido de la investigación se divide en cuatro partes principales para analizar cómo, más de un año después de su inicio, la pandemia afectó a las OP. Esto incluye: a) el acceso de los pacientes a la atención médica; b) el impacto económico; c) el impacto de la pandemia en los servicios de las organizaciones; y d) la respuesta al COVID-19. En este análisis, la atención se centra en los impactos generales de la pandemia en las organizaciones y sus pacientes y en el impacto económico que ha provocado. Estos resultados apoyan el informe con citas e historias, además de detallar el impacto económico reportado por los pacientes que sería difícil de recoger mediante la encuesta en línea o de los médicos expertos.

Encuesta de Percepción de los Médicos

Diseño e instrumento de estudio

Se distribuyó una encuesta transversal multinacional a los prestadores de atención del cáncer de toda ALC. Un equipo de oncólogos e investigadores de toda ALC elaboró un instrumento para la recolección de datos en forma de encuesta en línea que constaba de 45 preguntas. Un grupo de siete oncólogos validó el contenido y evaluó la encuesta en una muestra de oncólogos de ALC para garantizar que todas las preguntas fueran

Tabla 1. Cantidad y distribución de respuestas por país

País	Respuestas	(% N°)
Argentina	10,78	11
Brasil	13,73	14
Chile	7,84	8
Colombia	10,78	11
Costa Rica	12,75	13
República Dominicana	4,90	5
Ecuador	3,92	4
México	11,76	12
Panamá	9,80	10
Perú	8,82	9
Uruguay	4,90	5
Encuestados		102
No encuestados		2

claras y comprensibles. Se introdujeron los cambios adecuados en función de sus sugerencias. La encuesta en línea incluyó preguntas sobre los siguientes temas: información biográfica, percepción sobre la disrupción en la atención del cáncer; tendencias epidemiológicas; percepción sobre el impacto en tamizaje y prevención; impacto en las visitas a la clínica; cambios en el tratamiento; diagnóstico y manejo del COVID-19; y percepción sobre el impacto económico de la pandemia. Las preguntas incluidas se elaboraron a partir de una revisión bibliográfica sobre el tema y de la experiencia personal del equipo.

Participantes

La presente encuesta, disponible en español, portugués e inglés, fue difundida electrónicamente mediante la plataforma Crowdsignal entre los meses de junio y septiembre de 2021. La encuesta fue completada por 266 prestadores de atención oncológica de instituciones públicas y privadas de 11 países de ALC: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay. Los prestadores de atención oncológica a los que se dirigió el estudio estaban involucrados en la atención clínica del cáncer y conocían la respuesta de sus centros. Véase la Tabla 2 para conocer las características de la población.

Análisis de datos

Las respuestas de la encuesta se recogieron y registraron de forma anónima. Una vez finalizado el proceso de recolección de datos de cada país, estos se exportaron individualmente y se compilaron para su revisión. Se realizaron análisis descriptivos mediante el agrupamiento de datos para cada categoría y pregunta. Se implementó una estrategia de clúster por países para reportar los datos de la siguiente manera: Centroamérica y el Caribe (Panamá, República Dominicana, Costa Rica); Región Andina (Colombia, Perú, Ecuador); Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay); Brasil, y México. Esta estrategia se utilizó para garantizar un análisis más robusto, debido a las diferencias entre las cantidades de respuestas de los diferentes países. Debido al redondeo de los valores porcentuales, es posible que algunos totales no se correspondan con la suma de las cifras por separado.

Tabla 2. Características de la muestra de la encuesta

Característica	No. (%)
Cantidad total de participantes por país	
Argentina	32 (12,03)
Brasil	25 (9,39)
Colombia	26 (9,77)
Costa Rica	13 (4,89)
Chile	13 (4,89)
Ecuador	46 (17,29)
República Dominicana	14 (5,26)
México	43 (16,16)
Panamá	12 (4,51)
Perú	19 (7,14)
Uruguay	23 (8,66)
Total	266 (100)
Total de tipos de especialidades	
Oncólogo clínico	158
Oncólogo quirúrgico	57
Radio-oncólogo	10
Cirujano general	8
Especialista en cuidados paliativos	6
Hematólogo	6
Patólogo	6
Ginecólogo	5
Otros	10
Cantidad total de instituciones de salud	
Hospital público solamente	59
Hospital público y centro académico	11
Hospital privado solamente	71
Hospitales públicos y privados	77
Hospital privado y centro académico	12
Centro académico público y privado	18
Centro académico solamente	13
Otros	6
Media de nuevos casos atendidos / año	795

Análisis del impacto económico

Se realizó una evaluación económica sanitaria independiente para estimar el impacto económico de los retrasos en el diagnóstico y las interrupciones del tratamiento para los pacientes, los médicos, los sistemas de salud y los gobiernos de ALC a través de los datos disponibles. Con este modelo, se calculó la carga que los sistemas de salud y los gobiernos experimentan a raíz de este complejo problema y se realizó una proyección de las futuras implicancias y necesidades en términos de asignación presupuestaria debido a los cambios de tendencia en la etapa de diagnóstico a causa de la pandemia. El análisis se centra en cinco de los tipos de cáncer más frecuentes en la región: el de próstata, el de mama, el colorrectal, el de pulmón y el cervical.¹ Se examinan en detalle seis países, entre ellos Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú. El resto de los países de la región se analizan a nivel global, como “Otros países de ALC”, debido a los escasos datos publicados disponibles para cada país de manera individual.

La pandemia de COVID-19 está provocando varios impactos directos e indirectos sobre el cáncer. Este modelo se centró en los siguientes aspectos: a) costo incremental del tratamiento para el sistema sanitario; b) desviación del gasto anual en cáncer en comparación con un escenario anterior a la pandemia; c) pérdida de capacidad económica, ya que más personas con cáncer morirán o vivirán más tiempo con la enfermedad; y d) gasto público para luchar contra la pobreza en aquellos hogares empobrecidos debido a los pagos de bolsillo asociados al tratamiento de la enfermedad en una etapa clínica más avanzada. Se utilizó la siguiente metodología para cada uno de ellos:

- a.** El cambio de etapa clínica, que mide el aumento del costo del tratamiento a 5 años causado por un cambio en el estadio del cáncer, dado por un retraso en el diagnóstico o el inicio del tratamiento de los nuevos casos y la interrupción del tratamiento de los pacientes existentes, ya que el costo de la atención generalmente aumenta en un estadio más avanzado.
- b.** El mismo método de estimación se utilizó para evaluar cómo variaría el gasto anual para el tratamiento del cáncer en comparación con un escenario sin COVID-19 durante 2020-2023. Dado que los pacientes actuales y los nuevos casos han sufrido retrasos o aplazamientos en el tratamiento desde el inicio de la pandemia, algunos de ellos mueren antes de iniciar o reanudar su tratamiento, y otros lo inician o reanudan en una etapa clínica más avanzada.
- c.** Se utilizó la metodología de la carga de la enfermedad para estimar el PIB (producto bruto interno) perdido durante 10 años, debido a los nuevos casos y a los pacientes que morirán antes o vivirán más tiempo con la enfermedad debido al retraso o aplazamiento del tratamiento.
- d.** Se utilizó la metodología de catástrofe financiera/empobrecimiento, que mide la cantidad de personas que caen en una catástrofe financiera y en empobrecimiento, así como los gastos gubernamentales a 10 años para luchar contra la pobreza de los hogares empobrecidos por los gastos de bolsillo (Figura 1).

Las estimaciones del modelo abarcan tres escenarios: de referencia, escenario A y escenario B. Estos escenarios son el resultado de diferentes supuestos sobre las siguientes variables: (i) El porcentaje de personas que experimentan retrasos o interrupción del tratamiento, (ii) la duración del retraso en el diagnóstico o el aplazamiento del tratamiento, y (iii) la duración del periodo en el que la pandemia ha tenido los efectos más críticos.

El escenario de referencia asume que los efectos más críticos de la pandemia (por ejemplo, los confinamientos y la reducción de la capacidad del sistema sanitario) se producen desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022. A partir de la revisión de la literatura, este escenario establece que, en 2020, el 72% de los nuevos casos de cáncer se vieron afectados por la pandemia, mientras que en 2021 y 2022 esta proporción habrá disminuido un 40% cada año, y la duración del retraso en el diagnóstico o el inicio del tratamiento habrá durado 6 meses. En cuanto a los pacientes, considera que el 38% habrá aplazado su tratamiento, y estos aplazamientos habrán durado 3 meses.

El escenario A refleja un incremento respecto al escenario de referencia de 10 puntos porcentuales (p.p.) en la cantidad de personas afectadas, un aumento de 3 meses en la duración del retraso del tratamiento para los nuevos casos, y un aumento de 2 meses en los aplazamientos del tratamiento para los pacientes. El escenario B considera que los efectos más críticos de la pandemia se extenderán hasta diciembre de 2022, siguiendo las mismas predicciones que el escenario A para los nuevos casos, con un aumento en el porcentaje de pacientes afectados por el aplazamiento del tratamiento, de aproximadamente el 68 por ciento.

Las estimaciones proporcionadas en este informe se elaboraron mediante un modelo que incluyó 18 variables diferentes. Se requieren puntos de datos (data points) para cada una de las variables a nivel de país, excepto para las variables 8, 17 y 18; y a nivel de tipo de cáncer, excepto para las variables 14 y 16. Las variables 1 a 6 son la base de los tres métodos de estimación (cambio de etapa clínica, carga de la enfermedad y catástrofe financiera). Además, el cambio de etapa clínica utiliza las variables del 7 al 12, la carga de la enfermedad del 7 al 8 y del 12 al 15, y la catástrofe financiera del 16 al 18 (Figura 2). El Anexo 1 contiene una descripción detallada de la metodología para cada subconjunto.

Figura 1. Marco del impacto económico de COVID-19 en la atención del cáncer

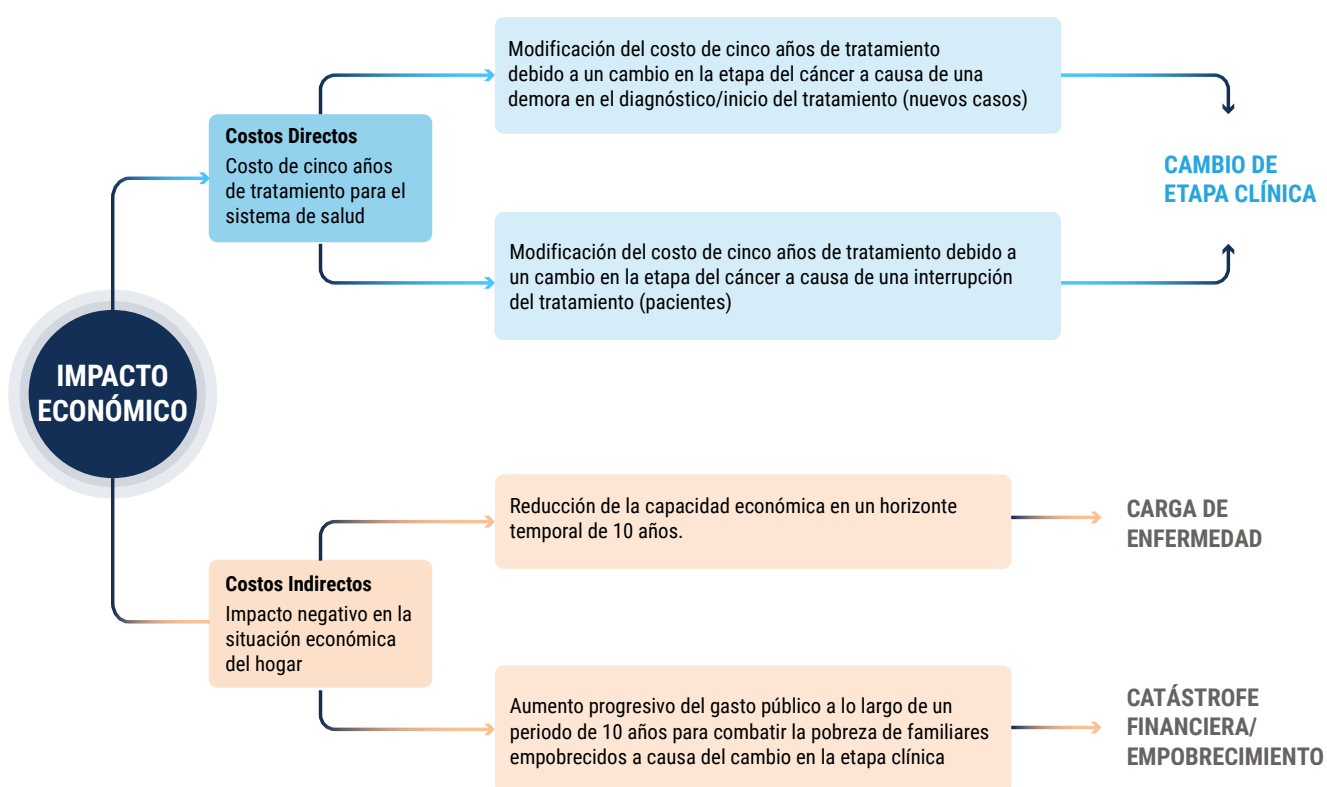


Figura 2: Generalidades acerca de las variables requeridas para las estimaciones

Variable		Método de estimación
1	Meses promedio de demora / interrupción en el tratamiento	Cantidad de meses que se demoró o interrumpió el tratamiento durante la pandemia.
2	Proporción de pacientes afectados por COVID-19	% de pacientes con cáncer que interrumpieron o demoraron su tratamiento
3	Nuevos casos estimados para 2020, 2021 y 2022	Cantidad de nuevos casos de cáncer en un período de tiempo específico
4	Cantidad estimada de pacientes para 2020, 2021 y 2022	Cantidad de pacientes con cáncer en tratamiento a partir de ese año
5	Distribución de la incidencia por etapa	La distribución de los nuevos casos de cáncer diagnosticados por etapa clínica del cáncer
6	Distribución de los pacientes en tratamiento por etapa	Distribución de pacientes tratados por etapa clínica del cáncer
7	Tasa de supervivencia a 5 años por etapa	Probabilidad de estar vivo durante 5 años después del diagnóstico por etapa del cáncer
8	Cociente de riesgos observado por etapa	La velocidad a la que cambia el riesgo de cambio de etapa clínica ante un retraso en el tratamiento
9	Costo del tratamiento a 5 años por etapa	Costo para el paciente del tratamiento del cáncer a 5 años por etapa del cáncer
10	Relación de costo del tratamiento durante el primer año	Proporción del costo del primer año del tratamiento del cáncer con respecto al resto de los años
11	Presupuesto de salud a 5 años para el tratamiento del cáncer	Presupuesto de salud pública destinado a cada tipo de cáncer durante 5 años
12	Presupuesto de salud anual para el cáncer	Presupuesto de salud destinado a cada tipo de cáncer para 2020, 2021 y 2022
13	Tasa de supervivencia de 1 a 4 años por etapa	Probabilidad de estar vivo x cantidad de años (de 1 a 4) después del diagnóstico según etapa del cáncer
14	PIB promedio per cápita durante 10 años	Producto Interno Bruto distribuido por el número de habitantes durante 10 años
15	Relación promedio entre los años de vida perdidos (AVP) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)	La relación que representan los AVP (años de vida perdidos por mortalidad prematura) sobre el total de AVAD (incluye los AVP más los Años Vividos con la Discapacidad)
16	Gasto social en pobreza durante 10 años	Gastos que los gobiernos tienen que realizar para luchar contra la pobreza por hogar
17	Relación entre empobrecimiento y catástrofe financiera	Proporción entre el empobrecimiento y la catástrofe financiera
18	Relación de probabilidad de caer en una catástrofe financiera	Probabilidad de llegar a una catástrofe financiera ajustada según la etapa del cáncer

PIB: Producto Interno Bruto

 Cambio de etapa clínica Carga de enfermedad Catástrofe financiera / Empobrecimiento

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA A
ORGANIZACIONES DE PACIENTES:
EL IMPACTO DEL COVID-19
EN PACIENTES CON CÁNCER
SEGÚN LAS ORGANIZACIONES DE
PACIENTES DE AMÉRICA LATINA**

Impacto del COVID-19 en pacientes con cáncer según las organizaciones de pacientes de América Latina

Resumen de impactos

El impacto de la pandemia de COVID-19 en los pacientes con cáncer y en las organizaciones que defienden sus derechos en ALC fue significativo, lo que agrega una nueva dimensión que debe ser analizada con precisión. Esto es cierto especialmente en el ámbito económico, lo cual requiere intervenciones específicas. La situación socioeconómica afectó a los pacientes con cáncer y a sus cuidadores, especialmente a aquellos con pocos recursos económicos. Uno de sus principales impactos fue la pérdida de acceso al diagnóstico temprano, así como a los tratamientos que reciben, lo que provocó un deterioro de su esperanza y calidad de vida. Las organizaciones de pacientes (OP) de cáncer de la región también han informado el deterioro de las condiciones económicas que afectan a las propias organizaciones, así como a los cuidadores de los pacientes, lo que afecta las estructuras de apoyo a los pacientes y profundiza la vulnerabilidad de su situación. Teniendo en cuenta que 2 de cada 3 cuidadores son mujeres o niñas, el aumento de la carga que la pandemia de COVID-19 ha provocado para los cuidadores ha recaído principalmente en este grupo.

Entre los nuevos desafíos a los que se enfrentan las OP, varios están relacionados con el impacto económico de la pandemia, ya que tanto la oferta como la demanda de sus actividades y servicios para pacientes y cuidadores aumentó de manera considerable. Sin embargo, las organizaciones informan una pérdida de ingresos en el mismo periodo. Este escenario puede poner en riesgo a las organizaciones y su sostenibilidad, lo que afectaría directamente a los pacientes que dependen en gran medida del trabajo de estas organizaciones para acceder a los servicios de salud.

En este contexto, es necesario producir una respuesta específica para enfrentar los nuevos desafíos, tanto a través de programas específicos de las propias organizaciones como por medio de políticas públicas que reconozcan y aborden estas cuestiones. Es decir, políticas que eviten que esta situación tenga un costo social demasiado alto, en un escenario en el que los pacientes tengan una sentencia de muerte sin siquiera haber comenzado a recorrer el camino de la enfermedad.

Acceso y oferta de servicios de salud

Uno de los principales efectos de la pandemia sobre las OP de cáncer en la región es el acceso a los servicios de salud y su suministro. Por ejemplo, en Brasil, durante la primera fase de la pandemia, se observó una importante disminución en la cantidad de pacientes que se sometían a tratamiento en los centros oncológicos. Esto tuvo implicancias no solo para los pacientes, sino también para los prestadores de atención médica, que se enfrentaron a decisiones difíciles en relación con la salud general y el tratamiento del cáncer de sus pacientes durante la pandemia.⁹

De hecho, la mayoría de las organizaciones informan que el acceso de los pacientes a la detección temprana se deterioró de manera considerable, en parte debido a las nuevas normativas de salud combinadas con el miedo de los pacientes a infectarse. Por las mismas razones, otra tendencia a nivel regional es la disminución del acceso a los exámenes de rutina y de seguimiento.

Según una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud sobre enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer, en siete países de ALC, los cambios en los servicios para el control del cáncer se tradujeron

en la supresión de procedimientos específicos, en la disminución de la demanda por temor al contagio y al confinamiento, y en la necesidad de asignar más recursos para contrarrestar los efectos del COVID-19.¹⁰ Por ejemplo, solo en Perú, las muertes por cáncer durante la emergencia sanitaria aumentaron un 31 por ciento.¹¹

Antes de la pandemia, según estudios sobre pacientes con cáncer en países como Brasil, Egipto, India, Libia, Nigeria, Perú y Tailandia, en promedio un 45% de los participantes tenían un diagnóstico en las etapas III y IV. Esto contrasta con los países desarrollados, como Canadá o Suecia, donde solo es del 8%. Teniendo en cuenta los efectos del COVID-19 en toda ALC, esta realidad se incrementó.

En la encuesta realizada a las organizaciones, el 67% informó que los pacientes habían experimentado retrasos en la obtención de tratamiento y atención médica, el 15% que los pacientes no pudieron obtener sus tratamientos, mientras que el 18% no informó ningún retraso (Figura 3). Los retrasos en la recepción de tratamiento y atención médica, como se entiende generalmente, abarcan desde las visitas al médico hasta los procedimientos especializados. Según la encuesta, los mayores retrasos se han producido en las visitas al médico, los exámenes de seguimiento de pacientes ya diagnosticados y los servicios de detección temprana.

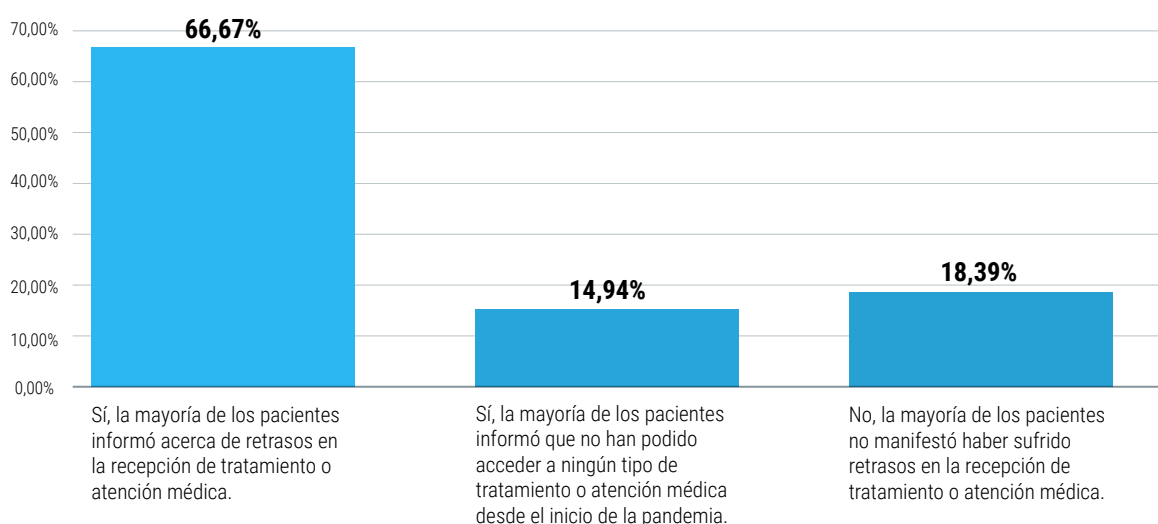
Aunque hay disparidad entre los distintos países, en general hay carencias en la disponibilidad de servicios del sector público en la región. En la mayoría de los países hay grandes carencias en lo que respecta a los equipos de oncología y dificultades de acceso debido a los obstáculos administrativos en algunos países, lo que conlleva largos tiempos de espera que afectan los resultados del tratamiento.¹²

“Las cuestiones logísticas relativas al acceso son clave: no poder desplazarse, no poder ir a la consulta del médico, minimizar los puntos de contacto con el sistema de salud. Modificar eso debería constituir una parte urgente de las demandas a las autoridades”.

*María de San Martín, Asociación Donde Quiero Estar
Argentina*

Figura 3. Retrasos en la recepción de tratamiento o en la atención médica comunicados por los pacientes

En general, ¿la mayoría de sus pacientes ha manifestado haber sufrido retrasos en la recepción de tratamiento o atención médica? El tratamiento o la atención médica incluyen todas las formas de detección temprana (es decir, el tamizaje)



Acceso a los servicios sanitarios durante la pandemia y nuevas formas de atención

Si bien es cierto que la otra cara de la moneda es la aceleración del acceso a los servicios de telesalud, el mismo es desigual en la región y existen problemas de acceso a servicios de calidad. Según la “Encuesta de Tendencias Médicas Globales 2021”, al menos el 50% de las aseguradoras del mundo ofrecen servicios de telemedicina y ALC está dentro del promedio con un 46% de participación.¹³ Además, algunos servicios de salud asociados a la atención del cáncer requieren la presencia del paciente para su seguimiento, por lo que no toda la atención puede trasladarse a los canales virtuales.

Dado el importante impacto económico de la pandemia en los pacientes y en la sociedad en general, las OP han visto un aumento significativo en la demanda de sus servicios sanitarios, como la ayuda a los pacientes para cubrir los gastos asociados a cuestiones básicas (gastos indirectos) relacionadas con el acceso como el transporte y el alojamiento para poder acudir a las citas. Asimismo, las nuevas herramientas virtuales y el uso de servicios de salud digitales también han llevado a las organizaciones a ofrecer capacitación en el uso de estos nuevos canales, ya que existe un vacío por parte de los estados en la oferta de este tipo de capacitación.

Si bien las consultas médicas por videollamada han proporcionado un tipo de solución para el acceso de los pacientes a sus médicos durante la pandemia, también es una práctica que tiene importantes limitaciones: no es posible efectuar un examen físico del paciente, los pacientes a menudo requieren capacitación para utilizar la tecnología, y las mismas tienen costos asociados relacionados con la tecnología y la conectividad a Internet. Entre los encuestados, el 37% afirmó que la mayoría de los pacientes han declarado no tener acceso a las consultas médicas por videollamada, mientras que el 26% indicó que sus pacientes han accedido a través del sistema público, y el 20% lo ha hecho a través del sistema público o privado. Los planes para mejorar el acceso a la telesalud deben incluir herramientas concretas para los pacientes, intentando que el costo asociado al acceso a la salud en la región no se incremente aún más, dado que el tema de los recursos económicos es una verdadera limitación.

Incidencia política: una nueva dinámica

Otra área que ha tenido que ser revisada por las OP es la de incidencia política (advocacy), dado que la dinámica ha cambiado. Con el nuevo enfoque de la salud en el centro de las preocupaciones públicas, hay áreas emergentes en las que se ve a los responsables de tomar decisiones y surgen nuevas oportunidades para poner los temas de interés en la agenda pública, por ejemplo, en las discusiones virtuales. Es importante que las organizaciones estén preparadas para aprovechar estos espacios, y que tengan un mapa de sus actores clave y los espacios en los que participarán para poder situar sus mensajes e interacciones de manera oportuna. En relación con este punto, se preguntó a las organizaciones cómo afectó la pandemia el foco de sus esfuerzos de incidencia política. De los entrevistados, el 51% informó que el aspecto que más se había deteriorado durante la pandemia era el acceso a diagnósticos oportunos, seguido de la detección temprana del cáncer con un 44%, y el acceso al tratamiento del cáncer con un 44 por ciento.

Entre otros cambios internos, se reforzó el uso de los canales digitales para comunicarse con los pacientes y sus cuidadores, lo que constituye una exterioridad positiva de la pandemia. Las organizaciones indicaron que han aumentado el uso de WhatsApp (90%), llamadas telefónicas (77%) y redes sociales (82%) para mantenerse en contacto con sus pacientes. Cabe destacar que la respuesta al COVID-19 en los diferentes países de la región fue dispar, pero, en general, inadecuada.

Papel de las organizaciones en la vacunación contra el COVID-19

El acceso a la vacunación contra el COVID-19 avanzó lentamente, y la vulnerabilidad al COVID-19 de los pacientes con cáncer y la falta de políticas específicas de los gobiernos para este grupo han contribuido a alterar considerablemente el acceso a los tratamientos adecuados para los pacientes con cáncer en la región. Las OP asumieron un papel importante a la hora de proporcionar información sobre la vacuna a sus pacientes. De los encuestados a nivel regional, 69% mencionaron que las organizaciones proporcionaron información oportuna a sus pacientes, el 46% informó que su organización proporcionaba recomendaciones sobre la vacuna en colaboración con hospitales y profesionales médicos asociados y un 23% elaboró recomendaciones propias. Por otro lado, el 31% admitió que su organización no proporcionaba recomendaciones y se limitaba a remitir a los pacientes a los ministerios de salud para recibir apoyo y orientación.

Impacto económico de la pandemia de COVID-19 en las organizaciones de pacientes de cáncer y sus pacientes en América Latina

Uno de los principales impactos que ha tenido la pandemia en los países de la región es el económico. La pérdida de puestos de trabajo ha sido dramática, y los efectos se sintieron más en el segundo trimestre de 2020, donde se estima que se perdieron aproximadamente 47 millones de puestos de trabajo en ALC.¹⁴ En Brasil, hubo una caída del 8% en el empleo y los costos salariales se redujeron en un 4%. En Chile, los costos salariales cayeron más de un 10% anual. En otros países de la región, los costos salariales totales disminuyeron en Uruguay (5%), Argentina (9%), Costa Rica (15%) y Perú (más del 25%).¹⁵

Los indicadores macroeconómicos de la región son muy claros: PIB, deuda pública, déficit, aumento de la pobreza, entre otros. En ALC, las pequeñas y medianas empresas, las cuales representan más del 50% del empleo formal, se vieron muy afectadas. A esto se suman las altas tasas de informalidad, que han hecho a las familias más vulnerables a los efectos de la pandemia.¹⁶

Por ejemplo, solo en Colombia, las brechas sociales de pobreza e indigencia han crecido a nivel nacional, según la encuesta del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de marzo de 2021, Pulso Social,¹⁷ la cual midió el impacto del primer año de la pandemia. En la actualidad, 2,3 millones de hogares hacen solo dos comidas al día, el 70% de los jefes de hogar no puede ahorrar ninguna parte de sus ingresos y otro 19% no tiene ingresos. Además, según la base de datos Sisbén IV se identificaron 4,6 millones de personas en condiciones de pobreza extrema, otros 8,5 millones en pobreza moderada y más de 7,9 millones se clasifican como vulnerables.

En el contexto del universo de pacientes con cáncer y sus familias, el impacto económico tiene un efecto directo en el acceso a los servicios de salud, lo que incluye el diagnóstico y el tratamiento, lo que hace necesaria la creación de nuevos programas sociales dirigidos específicamente a este grupo, las personas que tienen nuevas demandas específicas.

“Es muy grave la situación de extrema pobreza de los pacientes, cuya situación socioeconómica era mala y empeora. En algunos casos, incluso el diagnóstico pasa a un segundo plano”.

*Peter Czanyo, Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón
Argentina*

Varias OP de la región han hecho hincapié en el impacto que tiene el aspecto económico en los pacientes: En Argentina, el peso de los gastos indirectos, como los traslados que se realizan con los cuidados adecuados, la medicación no cubierta, etc., tuvo un mayor efecto sobre los ingresos como consecuencia del deterioro general de las condiciones económicas. En Colombia, el panorama económico es desolador y la recuperación ha sido lenta. Solo en la capital, Bogotá, cerraron más de 53.000 empresas, según datos de la Cámara de Comercio.

El panorama general de la región indica un deterioro en las finanzas de las organizaciones encuestadas, especialmente en países como México (82%) y Brasil (75%). Algunos de los mecanismos tradicionales de las OP para recaudar fondos tienen que ver con eventos benéficos que no han podido celebrarse en las nuevas circunstancias. Por ello, las organizaciones deben encontrar formas alternativas de financiación y, a su vez, perfeccionar progresivamente su impacto para lograr una financiación que alcance niveles similares a los pre-pandémicos. Esta es también una oportunidad para encontrar patrocinadores para las actividades y donantes de fondos de otros sectores más allá de los tradicionales, lo que se ha convertido en una posibilidad dado que el sector de la salud está en el centro de la atención. Al analizar detenidamente las preguntas de la sección económica del informe se dilucidaron conclusiones relevantes.

La respuesta más frecuente fue la disminución o pérdida de ingresos de los pacientes, en casi todos los casos. Esta situación es alarmante, ya que agrava la vulnerabilidad inherente a los pacientes con cáncer. Según la encuesta, la disminución/pérdida de ingresos de los pacientes fue señalada por el 89% de los encuestados, seguida por la disminución/pérdida de ingresos de los cuidadores con un 86%. A esto hay que agregar el aumento de los gastos de bolsillo para el tratamiento y el aumento de los gastos en el hogar asociados al cuidado del paciente, como la contratación de cuidadores adicionales y la reforma del hogar debido a las restricciones de movilidad relacionadas con el COVID-19.

En ALC, el gasto de bolsillo es uno de los más altos del mundo, situación que se ha visto agravada por la pandemia. Esto se reflejó en las encuestas realizadas, donde las organizaciones señalaron que esta realidad es especialmente importante en países como México (100%) y Argentina (90%). En este sentido, la disminución de los ingresos de los pacientes se traduce directamente en un menor acceso a la atención médica, e incluso puede implicar la pérdida de la cobertura de salud, que muchas veces depende del empleo.

El segundo punto más mencionado por las organizaciones es la pérdida de ingresos que experimentan los cuidadores. Esta situación repercute sustancialmente en la calidad de vida de los pacientes, ya que gran parte de ella depende directamente del papel de los cuidadores. Los cuidadores han tenido que buscar medios de vida alternativos, lo que puede reducir las horas disponibles para el cuidado de los pacientes. Esto se traduce claramente en una disminución de la calidad de vida de los pacientes e incluso en barreras adicionales para acceder al tratamiento, ya que los cuidadores se encargan de tareas como acompañarlos a los centros de salud para las citas, exámenes de rutina, el diagnóstico o el tratamiento. Los cuidadores también influyen en la calidad de vida del hogar al ocuparse de muchas tareas cotidianas que los pacientes no pueden realizar. Cabe destacar que los cuidadores suelen atender en casa a los niños, quienes tuvieron que pasar varios meses estudiando de manera virtual. Así, el tiempo dedicado al paciente debe compartirse también con estas nuevas responsabilidades.

Por otro lado, los cuidadores —un papel que recae principalmente en las mujeres y las niñas— también han sufrido una mayor carga durante la pandemia. Se enfrentan a un amplio abanico de desafíos, como hacer malabares con su propio trabajo, las responsabilidades de cuidado (normalmente no remuneradas) y sus propias necesidades personales y su salud, las cuales con frecuencia se ven sacrificadas. Las mujeres y las niñas que son cuidadoras tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud físicos y mentales, los que incluyen la depresión y la ansiedad. La pandemia de COVID-19 exacerbó aún más el rol de los cuidadores, que a menudo se pasa por alto porque no se mide en los indicadores tradicionales de productividad económica.

Los tres criterios de respuesta que se detallan a continuación, aunque menos comunes, fueron mencionados por más de la mitad de los encuestados, lo que afecta así a una mayoría de organizaciones. En primer lugar, y uno de los efectos más graves, es la pérdida de cobertura de salud, pública o privada, por parte de los pacientes. Este impacto es uno de los más preocupantes, ya que puede durar a mediano o largo plazo y puede ser también muy grave en lo que respecta al acceso al tratamiento. En muchos países de la región, algunos tipos de cobertura están directamente vinculados al empleo (mediante seguros públicos y privados). Por lo tanto, una pérdida de empleo, también tiene un impacto en términos de cobertura. Esta constatación es especialmente importante desde el punto de vista de las políticas públicas y de las medidas de contención que los servicios públicos deben prever. Por otro lado, también presenta claras oportunidades de incidencia para la organización con el objetivo de tener un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes más afectados por el COVID-19.

Demoras en el acceso a la atención médica debido a su costo, según los pacientes

En lo que respecta a la postergación del acceso a la atención médica, la mayoría de los encuestados informó que hubo retrasos (26% indicó que “la mayoría de los pacientes” sufrieron retrasos mientras que el 32% especificó que “algunos pacientes” los sufrieron, un total de 58%), mientras que el 42% no informó que los hubo. Al hacer un análisis más detallado, los países que informan los retrasos más significativos son Ecuador, con un 67%, y México, con un 64%. Esta cuestión podría estar relacionada tanto con el aumento de los gastos de bolsillo como con la pérdida de cobertura laboral, comentada anteriormente. Las consecuencias de retrasar el acceso a la atención médica debido a su costo pueden resumirse en dos áreas principales: 1) Pacientes con casos médicos más complejos que requieren tratamientos especializados que a veces no están disponibles en todos los países de la región; 2) una posible sobrecarga de los servicios de salud, lo que produce cuellos de botella que se traducirán en retrasos en la atención.

Como el factor económico es un área identificable de demoras, es claro que se pueden crear políticas públicas complementarias que busquen atender este aspecto en particular. Las OP también pueden hacer esfuerzos para encontrar soluciones, como ayudar a los pacientes a identificar programas de apoyo social del gobierno u otras instituciones.

En cuanto a la pérdida de acceso a la atención médica estrictamente por cuestiones económicas, los informes de las OP están divididos; una ligera mayoría informa la pérdida de acceso por factores económicos (26% y 32%). Del 58% que informa la pérdida de acceso por factores económicos, casi la mitad dice que sus pacientes no han buscado atención médica porque no podían pagarla, y el 27% informa que esto sucedió con “la mayoría de los pacientes” y otro 27% informa que con “algunos pacientes”, alcanzando un total del 54%. Por su parte, el 46% de las organizaciones declaran que los pacientes no han dejado de buscar atención médica por no poder pagarla.

El impacto económico transversal que la pandemia de COVID-19 provocó en los hogares de la región, sumado a la pérdida de cobertura que experimentaron algunos pacientes, está generando una situación muy compleja que los sistemas sanitarios deberán afrontar a corto y mediano plazo.

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la demanda de actividades y servicios de la organización de pacientes

En el contexto de la pandemia, las organizaciones constataron que los pacientes necesitaban aumentar los servicios de acompañamiento para adaptarse a la nueva realidad. De las organizaciones encuestadas, el 48% señaló que la demanda había aumentado considerablemente y que era necesario ampliar la capacidad de asistencia a los pacientes. Se mantiene la tendencia de la encuesta realizada el año anterior, en la que el 58% también informó un aumento significativo de la demanda.¹⁸ En segundo lugar, el 31% afirmó que la demanda aumentó moderadamente, con más llamadas e interacciones a través del correo electrónico y las redes sociales. Este escenario se entiende a la luz de las nuevas dinámicas en las que los pacientes tienen un acceso más restringido a sus tratamientos y una calidad de vida modificada por la pérdida de ingresos propios y de sus cuidadores. Asimismo, las interrupciones en el acceso a los servicios de salud, acompañadas del aumento de los gastos de bolsillo, crean una situación en la que aumenta la vulnerabilidad de los pacientes, quienes acuden a las organizaciones de la sociedad civil en busca de apoyo.

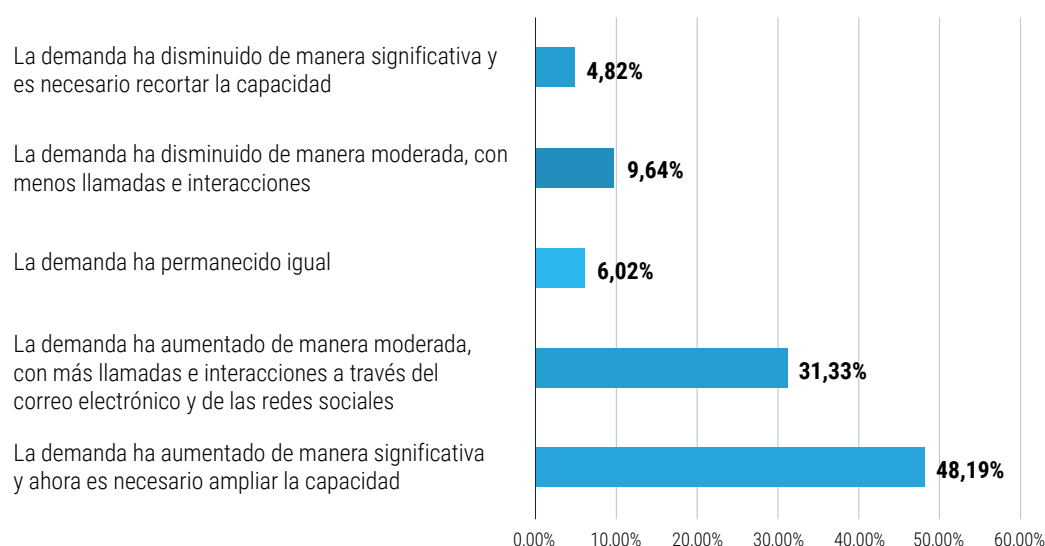
En respuesta a este escenario, alrededor del 34% de las organizaciones informaron que respondieron a esta demanda con un aumento significativo de la oferta de actividades y servicios, y el 28% respondió con un aumento moderado. Las nuevas actividades están principalmente vinculadas al acompañamiento psicológico de los pacientes (62%), dado que la pandemia ha generado un aumento del estrés, la soledad y otros problemas que tienen un impacto psicológico importante.

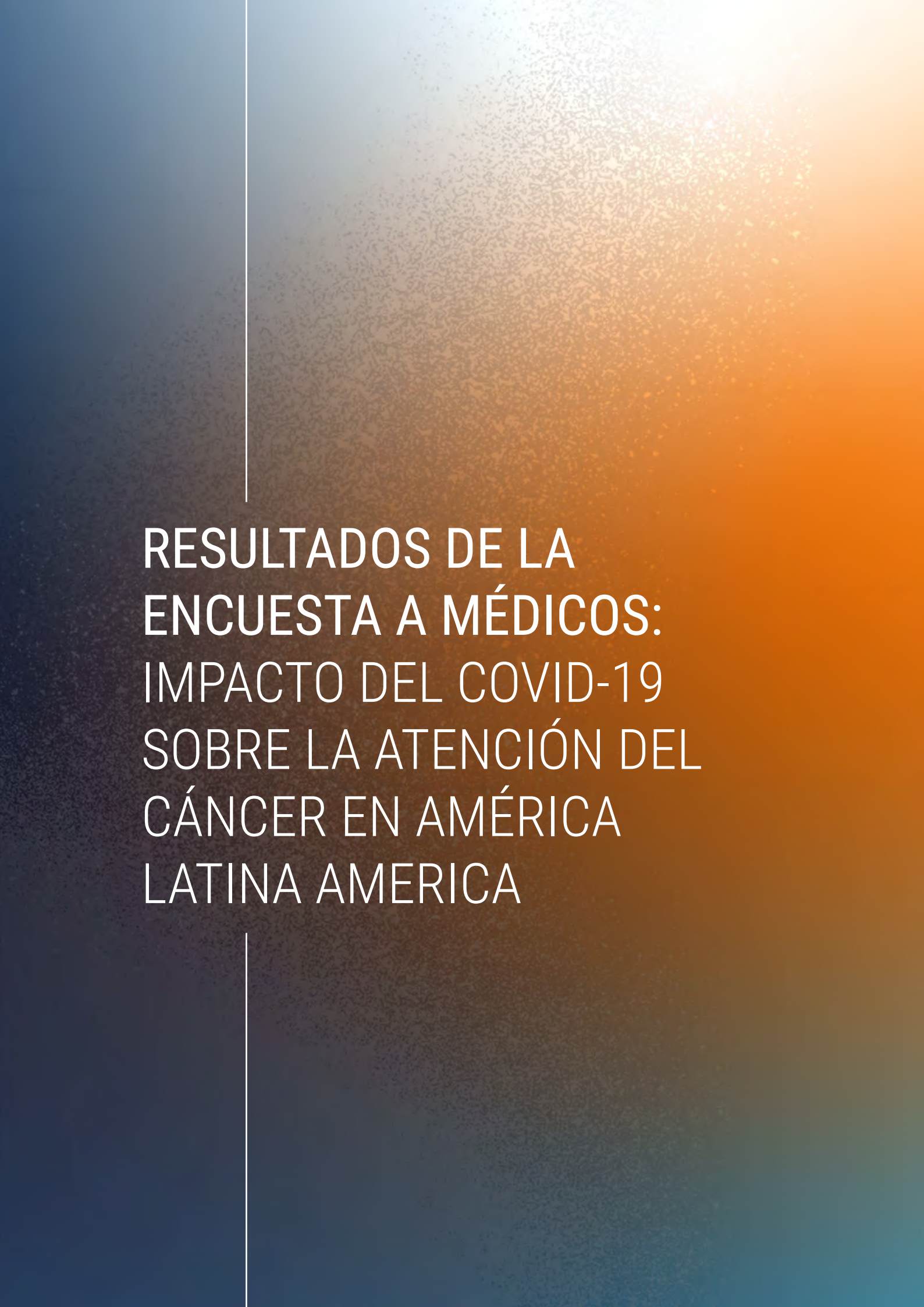
No obstante, también destacan las actividades y los servicios dirigidos a apoyar a familiares y cuidadores (49%), así como a proporcionar apoyo a las necesidades básicas de los pacientes. Asimismo, surgió una nueva demanda de actividades y servicios centrados en facilitar el acceso a los sistemas sanitarios, como la entrega y la recepción de medicamentos o equipos médicos (48%). Esta mayor demanda, que se corresponde con una mayor oferta de servicios de las organizaciones a sus pacientes, implica también una mayor demanda de recursos. Sin embargo, no todas las organizaciones obtienen estos recursos.

Más de la mitad (56%) de las organizaciones observaron que su situación financiera se deterioró, el 35% menciona que se mantuvo igual y el 35% dice que mejoró. Esta tendencia se mantiene constante si se compara con los datos de 2020, donde la mayoría (81%) señaló que la pandemia afectó a sus finanzas de forma moderada a drástica.¹⁸

Figura 4. Impacto de la pandemia COVID-19 en la demanda de actividades y servicios que prestan las OP

¿Cómo afectó la pandemia de COVID-19 la demanda de las actividades y servicios que presta su organización?





RESULTADOS DE LA ENCUESTA A MÉDICOS: IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA AMERICA

Impacto del COVID-19 sobre la atención del cáncer en América Latina: resultados de la encuesta a médicos

Resumen de impactos: alcance regional

El impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 sobre el tratamiento del cáncer se ha sentido principalmente a tres niveles: mortalidad, suministro de servicios de atención oncológica e impacto económico en el paciente y los sistemas de salud.

En muchos países con altos ingresos, se ha informado una relación entre la pandemia por COVID-19 y el aumento de la mortalidad por cáncer, que se estima en valores de entre el 20 y el 30%^{2,3,4}. Si bien no hay datos similares disponibles para la región de ALC, es probable que el impacto sea aún mayor. Esto significa que por lo menos 210.000 personas más morirán cada año en ALC a causa del cáncer. El presente estudio incluye numerosos datos que respaldan la idea de un impacto grave de la pandemia sobre la mortalidad por cáncer. En promedio, 87% de los prestadores de atención oncológica encuestados en la región informaron haber observado un aumento en la mortalidad por cáncer en sus pacientes debido a las demoras y las interrupciones ocasionadas por la pandemia. El 93% de los médicos reportó etapas avanzadas del cáncer al momento del diagnóstico, lo cual a menudo significa pronósticos más desfavorables y opciones de tratamiento limitadas para el paciente. Además, 87% de los participantes informaron un aumento en los pacientes con recidiva de cáncer. El 80% de los encuestados informó que los programas y las actividades de prevención del cáncer en la región se vieron significativamente afectados por la pandemia, y 96% de ellos mencionaron una reducción específica en la cantidad de mamografías de tamizaje. Esto impactará en millones de mujeres, ya que el cáncer de mama es el más común en las mujeres de la región de ALC, y es a menudo curable si se lo detecta en etapas tempranas, lo cual fundamentalmente es posible gracias a estos importantes programas de tamizaje de rutina. Casi todos los prestadores de atención oncológica (96%) concuerdan en que sus pacientes se verán afectados por las demoras y las interrupciones en la atención ocasionadas por la pandemia por COVID-19.

Todos los participantes (100%) de la encuesta a prestadores de atención oncológica informaron algún tipo de disrupción en la atención habitual, principalmente debido a la saturación de los sistemas de salud. Otros motivos que los pacientes reportaron a los médicos como dificultades para acceder a su atención habitual fueron las cuarentenas y las prohibiciones de viajar, el miedo a infectarse, los métodos de precaución adoptados y las limitaciones financieras. Las interrupciones en los tratamientos prevalecieron durante todo 2020 (95%) y en un grado levemente menor en 2021 (85%). La mayoría de los prestadores de atención oncológica informó que una proporción de sus pacientes se vio forzada a abandonar el tratamiento por completo a causa de un motivo relacionado con la pandemia. Las áreas más afectadas por las disrupciones en la región fueron las de cirugía y servicios de diagnóstico, las cuales presumiblemente tienen un impacto substancial ya que los pacientes sufrieron demoras e interrupciones en el acceso al diagnóstico y el tratamiento quirúrgico tempranos.

El 80% de los encuestados informó que los programas y las actividades de prevención del cáncer en la región se vieron significativamente afectadas por la pandemia, y 96% de ellos mencionaron una reducción específica en la cantidad de mamografías de tamizaje. Esto impactará en millones de mujeres, ya que el cáncer de mama es el más común en las mujeres de la región de ALC, y es a menudo curable si se lo detecta en etapas tempranas, lo cual fundamentalmente es posible gracias a estos importantes programas de tamizaje de rutina.

El impacto potencial de interrumpir los esfuerzos de tamizaje y prevención es substancial en términos de las demoras en la definición de diagnósticos oportunos y la determinación de la etapa de los nuevos pacientes. Los efectos posteriores de estas demoras se verán en los próximos meses y años a medida que los pacientes presenten una enfermedad más avanzada y los sistemas de salud se enfrenten a la acumulación de pacientes. Si la situación que se observa en la mayoría de los países se convierte en tendencia, la combinación de los impactos económico y sanitario posteriores a la pandemia probablemente sobrecargue los sistemas de salud con una demanda excesiva.

El 96% de los encuestados espera una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer en sus países. Además, la mayoría cree que los sistemas de salud no están preparados para manejar esta demanda acumulada en términos de asignación presupuestaria, o disponibilidad de personal de salud o instalaciones especializadas. Cabe señalar que, en México y Perú, alrededor del 70% de los encuestados observó reducciones de los presupuestos asignados a la atención oncológica por parte de sus centros de salud y de sus gobiernos.

Brasil



Todos los encuestados informaron algún nivel de interrupción en la atención habitual, y la mayoría (68%) mencionó un impacto moderado principalmente debido a las cuarentenas y las restricciones para viajar, medidas de precaución tales como la reducción de las consultas presenciales en clínicas y otros factores como el propio miedo al contagio. La mayoría de los centros (80%) permanecieron abiertos, de los cuales 45% permanecieron completamente abiertos, 50% informaron reducciones en las cargas de trabajo durante los picos, y 5% informaron una reducción general en sus cargas de trabajo. 20% de los centros cerraron parcialmente (80%) o por completo (20%). Las áreas que experimentaron las mayores interrupciones fueron cirugía y servicios de diagnóstico, en las cuales el 76% de los encuestados informó interrupciones moderadas a severas. En cambio, en otras áreas mayormente no se observaron interrupciones, como por ejemplo en las terapias dirigidas y hormonales (para las cuales el 68% y el 72% de los encuestados mencionó respectivamente que no hubo mayores variaciones); mientras que en otras, como la radioterapia, la quimioterapia y los cuidados paliativos, el porcentaje fue variado (tabla 3). Esta información se correlaciona en un estudio realizado en Brasil que comparó los datos sobre el cáncer en 2019 y 2020 (periodo marzo-mayo) e informó un descenso del 60% en los casos oncológicos quirúrgicos durante este periodo y un leve aumento de los pacientes sometidos a radioterapia.⁹

La mayoría (92%) percibió una disminución en la cantidad de nuevos casos de cáncer durante los seis primeros meses de pandemia (marzo-agosto de 2020), de los cuales el 35% de los encuestados observó una disminución de entre 1 y 25%, y el 57%, un descenso de entre 25 y el 50%. Esto se correlaciona con el estudio brasileño anteriormente mencionado, que reveló una disminución del 52% en las nuevas visitas a los servicios de oncología.⁹ En cambio, 72% de los encuestados notó un aumento en las visitas entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021. De este grupo, el 44% informó un aumento de entre 1 y 25%, el 39%, de entre 26 y 50% y el 17% informó un aumento mayor al 50%. Estos datos podrían reflejar el levantamiento general de la cuarentena y las restricciones para viajar en el país durante este periodo. La mayoría (63%) espera que las demoras en el diagnóstico de casos de cáncer debido a la pandemia superen los 5 meses, mientras que el 92% informa un aumento de casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a demoras relacionadas con la pandemia. En concordancia, el 83% percibió un aumento de la mortalidad por cáncer a causa de estas demoras (tabla 4). Se informó ampliamente la relación entre el aumento de la mortalidad por cáncer y la pandemia por COVID-19 en los países de altos ingresos (HIC, por sus siglas en inglés), con porcentajes estimados entre 20 y 30%.^{2,3,4} Además, un 79% de los participantes informó distintos niveles de aumento en los casos de recidiva de cáncer debido a las demoras relacionadas con el COVID-19.

Los programas de prevención del cáncer se han visto afectados significativamente por la pandemia por COVID-19 y Brasil no es una excepción. En ese país, 68% de los participantes informaron una disminución en los programas y las actividades generales de prevención. En particular, 95% y 72% de los encuestados observó una reducción en tamizaje con mamografías y colonoscopías, respectivamente. Se informaron reducciones de menor tenor en otros métodos de tamizaje, como la prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) (44%) y la tomografía computada de tórax (48%). El 64% informó una reducción en los estudios de patología (tabla 5). Los datos de Brasil muestran, para el periodo marzo-junio de 2021, una reducción promedio del 80% en los estudios mamográficos y del 39% en los estudios de patología.¹⁹

La mayoría de los centros de Brasil implementó medidas de adaptación que incluyeron la reducción de las consultas presenciales a clínicas y su reemplazo por consultas virtuales (71%) y la cancelación total de las consultas presenciales para adoptar por completo la virtualidad (25%). También se informó un aumento de los tiempos entre las consultas de seguimiento (65%). A menudo se ofrecieron opciones de atención remota, que incluyeron la realización de pruebas de laboratorio en las cercanías de los hogares de los pacientes (96%)

y la entrega de medicación a domicilio (48%). Todos los centros que anteriormente contaban con comités de tumores presenciales implementaron comités de tumores virtuales. Con vistas al futuro, es probable que algunas de las medidas de adaptación implementadas durante la contingencia persistan con posterioridad a la pandemia. El 96% de los encuestados cree que las consultas clínicas virtuales continuarán con posterioridad a la pandemia y el 100% cree que persistirán los comités de tumores virtuales, posiblemente ampliando el acceso a estos y aumentando la comodidad de los pacientes (tabla 6).

Las interrupciones de los tratamientos prevalecieron tanto en 2020 (marzo-diciembre) (96%) como en 2021 (enero-septiembre) (86%). Para esos periodos, el 50% de los encuestados informó que una proporción de los pacientes abandonó el tratamiento por completo, principalmente por motivos relacionados con la pandemia. Fueron comunes las interrupciones a los tratamientos con quimioterapia, donde el 57% mencionó que más del 10% de sus pacientes perdió al menos un ciclo. Los datos de Brasil muestran una reducción del 28% en la cantidad de los pacientes sometidos a quimioterapia sistémica intravenosa y del 57% en el inicio de nuevos tratamientos.⁹ Sin embargo, 89% informó un mayor uso de agentes orales por sobre las terapias intravenosas (IV), lo cual es consistente con el aumento del 309% informado en la cantidad de pacientes sometidos a quimioterapia oral durante la pandemia por COVID-19.⁹ A pesar de este aumento, se observaron barreras en el acceso a los agentes orales tanto en el sistema privado como en el público (tabla 7).

El 90% de los médicos informó haber realizado cambios notorios en alguno de los componentes de los planes de tratamiento para los pacientes. Las adaptaciones incluyeron la reducción de los ciclos de quimioterapia (58%) y el desvío de las guías de práctica clínica (GPC) o del estándar de atención (SoC, por sus siglas en inglés) al posponer cirugías (89%) o radioterapia (78%). La mayoría de los participantes (96%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención (tabla 7). La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (90%) e internados (70%) diagnosticados con COVID-19. El 95% informó contagios entre el personal de oncología. Sin embargo, la mayoría (76%) no experimentó escasez de equipos de protección personal (EPP) en sus centros (tabla 8).

El 96% de los encuestados espera una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que los sistemas de salud no están preparados para manejarla en términos de asignación presupuestaria o disponibilidad de personal de salud o instalaciones especializadas. A la fecha, el gobierno de Brasil no ha anunciado un plan de acción para abordar la incidencia del cáncer esperada (tabla 9).

Colombia



Todos los participantes informaron algún tipo de disrupción en la atención habitual, y la mayoría mencionó un impacto moderado (65%) o severo (19%), fundamentalmente debido a la falta de acceso a medicamentos y la escasez de personal a causa de los contagios por COVID-19. La mayoría de los centros (92%) permanecieron abiertos, de los cuales 46% permanecieron completamente abiertos, 23% informaron reducciones en las cargas de trabajo durante los picos, y 23% informaron una reducción general en sus cargas de trabajo. Solo un 8% de los centros cerró sus puertas parcialmente. El área que sufrió más disrupciones fue la de cirugía, donde 96% de los encuestados informaron disrupciones moderadas a severas, seguida por tratamientos complementarios (54%) y servicios de diagnóstico (50%). En áreas tales como radioterapia y quimioterapia, se observaron disrupciones leves a moderadas (tabla 10). Esta información se correlaciona con los datos del estudio de ALC que comparó los datos sobre cáncer de 2019 y 2020 (marzo-junio) y reveló una reducción media de 43% en los primeros ciclos de quimioterapia. Sin embargo, esta información proviene de una institución privada. El impacto en los centros públicos puede ser aún mayor.¹⁹

La mayoría (80%) percibió una disminución en la cantidad de nuevos casos de cáncer durante los seis primeros meses de pandemia (marzo-agosto de 2020), de los cuales el 58% observó una disminución de entre 1 y 25%, y el 27%, un descenso de entre 25 y 50%. Esta información se correlaciona con datos oficiales de Colombia, que revelaron una reducción media del 36% en las primeras consultas a los centros oncológicos.⁹ Por otro lado, 63% de los participantes notó un aumento en las nuevas consultas en el periodo comprendido entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021. Estos datos podrían reflejar el levantamiento general de la cuarentena y las restricciones para viajar en el país durante este periodo. El 52% de los participantes espera que las demoras en el diagnóstico de casos de cáncer debido a la pandemia superen los 5 meses, mientras que el 88% informa un aumento de casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico generado por las demoras relacionadas con la pandemia. En concordancia, 95% percibió un aumento de la mortalidad por cáncer a causa de estas demoras. El 77% también informó un aumento en los casos de recidiva de cáncer debido a la pandemia (tabla 11).

En línea con las tendencias regionales, los programas de prevención del cáncer se han visto afectados significativamente por la pandemia por COVID-19 en Colombia, donde 77% de los participantes informaron una disminución en los programas y las actividades generales de prevención. Todos los participantes informaron una reducción en la cantidad de mamografías, colonoscopías, pruebas de antígeno prostático específico y tomografías computadas de tórax. Los encuestados mencionaron una reducción de los estudios de patología: un 55% referenció una disminución de entre 1 y 25%; el 30%, una disminución entre el 26 y 50%, y el 15% afirmó que el descenso fue mayor al 50%. (Tabla 12). Si bien no se encontraron otros informes de datos específicos para Colombia, los obtenidos son consistentes con los informes de otros países de la región, que dan cuenta de una reducción de entre 30 y 100% en los estudios mamográficos, y de entre 6 y 50% en los estudios de patología.¹⁹

La mayoría de los centros colombianos implementaron medidas de adaptación que incluyeron la reducción de las consultas presenciales en clínicas y su reemplazo por consultas virtuales (72%) y la cancelación total de las consultas presenciales para adoptar por completo la virtualidad (24%). También se informó un aumento de los tiempos entre las consultas de seguimiento (76%). Algunos encuestados mencionaron la disponibilidad de opciones de atención remota, que incluyeron la realización de pruebas de laboratorio en las cercanías de los hogares de los pacientes (63%) y la entrega de medicación a domicilio (63%). Casi todos los participantes (96%) informaron la disponibilidad de comités de tumores en sus centros de salud con anterioridad a la pandemia, de los cuales el 75% cambió al modo virtual, un 13% adoptó un sistema mixto (virtual y presencial) y otro

13% permaneció en modo presencial. Con vistas al futuro, la mayoría cree que las medidas de adaptación, tales como las consultas virtuales (76%) y los comités de tumores virtuales (75%), persistirán después de la pandemia, posiblemente para mayor conveniencia de los pacientes y con un acceso más amplio a los comités de tumores (tabla 13).

La totalidad de los encuestados informó interrupciones a los tratamientos en 2020 (periodo marzo-diciembre) y el 90% en 2021 (periodo enero-septiembre). El 81% de los participantes informó que una proporción de los pacientes abandonó por completo el tratamiento por motivos relacionados con el COVID-19 (por ej., miedo al contagio, cuarentenas) y no relacionadas con el COVID-19 (por ej., falta de cobertura médica). Si bien se produjeron interrupciones en tratamientos de quimioterapia, la mayor parte de los encuestados (61%) informó que menos del 10% de sus pacientes perdieron por lo menos un ciclo y el 75% informó que redujeron la cantidad de ciclos de sus pacientes en un 25%. Otros países de la región mostraron impactos más pronunciados en la quimioterapia. El 95% de los encuestados informó haber realizado cambios en algún componente del tratamiento de sus pacientes. Estas adaptaciones incluyeron un mayor uso de quimioterapia oral por sobre la quimioterapia intravenosa (87%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (90%) o radioterapia (71%). La mayoría de los participantes (81%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención (tabla 14).

La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (96%) e internados (88%) diagnosticados con COVID-19. A diferencia de otros países en la región, solo 12% de los participantes informaron escasez de equipos de protección personal (EPP) en sus centros. A pesar de ello, el 92% de los encuestados informó diagnósticos de COVID-19 en su personal de oncología (tabla 15).

La mayoría de los participantes (77%) indicó que ni su institución ni los proveedores de planes de salud les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia. Para el futuro, todos los encuestados prevén una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud no está preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria o personal de salud. A la fecha, el gobierno colombiano no ha anunciado un plan de acción para abordar la incidencia del cáncer esperada (tabla 16).

Ecuador



Gran parte de los participantes (96%) informó algún nivel de interrupción en la atención habitual. La mayoría de ellos (54%) mencionó un impacto moderado principalmente causado por la saturación del sistema de salud y la toma de medidas de precaución para mantener el distanciamiento social y minimizar las consultas de los pacientes. Las cuarentenas y las restricciones para viajar fueron mencionadas como elementos que desempeñaron un rol importante en las interrupciones de los tratamientos. La mayoría de los centros (70%) permanecieron abiertos, de los cuales 28% permanecieron completamente abiertos, 50% informaron una reducción general en las cargas de trabajo y 22% informaron reducciones en sus cargas de trabajo durante los picos. 30% de los centros cerraron parcialmente (85%) o por completo (15%). Las áreas que experimentaron las mayores interrupciones fueron la de cirugía, seguida por la de servicios de diagnóstico, en las cuales el 80% y el 75% de los encuestados informaron interrupciones moderadas a severas, respectivamente. Otras de las áreas en las que se informaron interrupciones severas fueron las de tratamientos complementarios (74%), quimioterapia (64%) y cuidados paliativos (60%) (ver tabla 17). Estos datos concuerdan con las tendencias observadas en la mayoría de los países de la región.

La mayoría (92%) percibió una disminución en la cantidad de nuevos casos de cáncer durante los seis primeros meses de pandemia (marzo-agosto de 2020), de los cuales el 47% observó una reducción de entre 1 y 25%, y el 24%, un descenso de entre 25 y 50%. Los datos regionales sugieren que las primeras consultas a los servicios de oncología se redujeron entre un 28 y un 36%.⁹ Por otra parte, el 85% observó un aumento de las primeras consultas entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021. Estos datos podrían reflejar el levantamiento general de la cuarentena y las restricciones para viajar en el país durante este periodo. Las opiniones sobre la duración de las demoras en los diagnósticos de cáncer debido a la pandemia están divididas: 54% de los encuestados opina que superarán los 5 meses, y 41% espera que las demoras se extiendan entre 1 y 4 meses. El 96% informó un aumento de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia. Consistentemente, el 97% de los participantes informó un aumento en la mortalidad por cáncer. Las relaciones entre el aumento de la mortalidad por cáncer y la pandemia por COVID-19 han sido ampliamente informadas en los países de ingresos altos.²⁻⁴ Además, diversos niveles de recidiva de cáncer debido a las demoras relacionadas con el COVID-19 fueron informados por el 95% de los participantes (tabla 18).

En línea con las tendencias regionales y las recomendaciones globales, los programas de prevención del cáncer en Ecuador se han visto significativamente afectados por la pandemia por COVID-19. El 84% de los encuestados informó una reducción en los programas y las actividades de prevención general. En particular, todos los encuestados (100%) indicaron una reducción en tamizaje con mamografías y colonoscopías. El 79% informó una reducción de mamografías de tamizaje en más del 50% de los pacientes, y el 88% informó una reducción de las colonoscopías también en más del 50% de los pacientes. También se informaron reducciones en otros métodos de tamizaje tales como las pruebas de antígeno prostático específico y las tomografías computadas de tórax, aunque en menor medida. Casi todos los encuestados (97%) observaron una reducción de los estudios de patología, donde el 71% informó una reducción de entre el 26 y el 75% de los pacientes (tabla 19). Si bien no se encontraron informes de estos datos específicamente para Ecuador, la información es consistente con las tendencias observadas en otros países de la región.¹⁹

La mayoría de los centros de Ecuador (80%) implementó medidas de adaptación que incluyeron la reducción de las consultas presenciales a clínicas y su reemplazo por consultas virtuales (64%) y la cancelación total de las consultas presenciales para adoptar por completo la virtualidad (35%). No obstante, el 18% de las clínicas continuó con las consultas de pacientes ambulatorios como de costumbre. La mayoría (91%) de los participantes informó también un mayor tiempo entre las consultas de seguimiento. A menudo se ofrecieron opciones de atención remota, que incluyeron la realización de pruebas de laboratorio en las cercanías de los

hogares de los pacientes (76%) y la entrega de medicación a domicilio (59%). Los comités de tumores, que estaban disponibles en el 93% de los centros con anterioridad a la pandemia, sufrieron diversos impactos. 34% de ellos pasaron a comités de tumores virtuales, 32% cambiaron a una modalidad mixta (presencial y virtual) y 29% fueron cancelados por completo (tabla 20). Con vistas al futuro, es probable que algunas de las medidas de adaptación implementadas durante la contingencia persistan con posterioridad a la pandemia. El 71% cree que las consultas virtuales continuarán después de la pandemia y el 74% cree que los comités de tumores virtuales persistirán.

Las interrupciones de los tratamientos prevalecieron tanto en 2020 (marzo-diciembre) (98%) como en 2021 (enero-septiembre) (91%). Para esos periodos, el 100% de los encuestados informó que una proporción de los pacientes abandonó el tratamiento por completo, principalmente por motivos relacionados con la pandemia (por ej., miedo a contagios, cuarentenas). Fueron comunes las interrupciones a los tratamientos con quimioterapia, donde el 83% mencionó que >10% de sus pacientes perdió al menos un ciclo. El 98% de los médicos informó haber realizado cambios notorios en algún componente del tratamiento de los pacientes. Estas adaptaciones incluyeron un mayor uso de quimioterapia oral por sobre la quimioterapia intravenosa (95%) la reducción de los ciclos de quimioterapia (65%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (95%) o radioterapia (92%). La mayoría de los participantes (96%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención. (Tabla 21).

La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (96%) e internados (83%) diagnosticados con COVID-19. El 91% informó contagios entre el personal oncológico. Sin embargo, la mayoría (87%) no experimentó escasez de EPP en sus centros (tabla 22). El 43% de los encuestados indicó que ni su institución ni los proveedores de planes de salud les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia; sin embargo, el 39% de ellos mencionó que su institución, las compañías de seguros o ambas hicieron tal pedido y el 17% prefirió no contestar. El 98% de los encuestados espera una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud no está preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria o disponibilidad de personal de salud o instalaciones especializadas. A la fecha, el gobierno ecuatoriano no ha anunciado un plan de acción para abordar la incidencia del cáncer esperada (tabla 23).

México



La mayoría de los participantes informó cierto nivel de interrupción en la atención habitual (98%), fundamentalmente debido a la saturación del sistema de salud y a la falta de acceso a los medicamentos. La mayoría de los centros (66%) permanecieron abiertos, de los cuales 39,2% permanecieron completamente abiertos, 32% informaron reducciones en las cargas de trabajo durante los picos, y 29% informaron una reducción general en sus cargas de trabajo. El 30% cerró parcial o totalmente. Las áreas que sufrieron las interrupciones más importantes fueron las de cirugía, quimioterapia y diagnóstico, donde se informaron interrupciones en el orden del 74%, 65% y 60%, respectivamente. Otras áreas sustancialmente afectadas fueron las de radioterapia, inmunoterapia y terapia dirigida. (Tabla 24). Esta información se correlaciona con un estudio de ALC que comparó datos de cáncer de 2019 y 2020 (periodo marzo-junio) y descubrió una reducción media en las áreas de cirugía oncológica y quimioterapia del 33% y el 30% en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y del 77% y el 76% en el Hospital General (HG) de México, respectivamente.¹⁹ En cambio, el HG no informó ningún cambio en el área de radioterapia.¹⁹

La mayoría (82%) percibió una disminución en la cantidad de nuevos casos de cáncer durante los seis primeros meses de pandemia (marzo-agosto de 2020), de los cuales el 52% observó una disminución de entre 1 y 25%, el 19%, de entre 25 y 50% y el 30%, una disminución de más de 50%. Estos datos se correlacionan con los del HG de México, que revelaron una reducción media del 60% en las primeras consultas, y en los del INC, que informaron una reducción del 10%.¹⁹ Por el contrario, el 75% observó un aumento en las nuevas consultas en el periodo comprendido entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021, de los cuales el 73% informó un aumento de entre 1 y 25%. Estos datos podrían reflejar el levantamiento general de la cuarentena y las restricciones para viajar en el país durante este periodo. La mayoría (59%) espera que las demoras en el diagnóstico de casos de cáncer debido a la pandemia duren entre 1 y 4 meses, mientras que el 81% informa un aumento de casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a demoras relacionadas con la pandemia. En concordancia, 93% informó un aumento de la mortalidad por cáncer a causa de estas demoras (tabla 25). Los encuestados también informaron diversos niveles de aumentos en la recidiva de cáncer a causa de las demoras relacionadas con el COVID-19.

El 69% informó una reducción en los programas y las actividades de prevención de cáncer en el país. En particular, se informó que las mamografías y las colonoscopías se redujeron un 90% y un 92%, respectivamente. Además, otros métodos de tamizaje, como la prueba de antígeno prostático específico (78%) y la tomografía computada de tórax (79%) se vieron sustancialmente afectados. El 92% de los encuestados informó una reducción en los estudios de patología. (tabla 26). Estos datos reflejan un impacto mayor que la reducción porcentual media en los estudios de mamografía y patología mencionada para el HG (28%: 575) y el INC (36%: 44%), respectivamente.¹⁹ (Tabla 26)

En algunos centros mexicanos se implementaron medidas de adaptación, que incluyeron la reducción de las consultas presenciales y su reemplazo por consultas virtuales (51%), o la adopción total de la virtualidad (12%). Sin embargo, casi un tercio de los encuestados (32%) indicó que sus pacientes siguieron con las consultas ambulatorias como de costumbre. También se informó un aumento de los tiempos entre las consultas de seguimiento (74%). Las opiniones en cuanto a si estos cambios persistirán después de la pandemia están divididas. En relación con las opciones de atención remota, 65% de los participantes mencionaron la disponibilidad de pruebas de laboratorio en las cercanías de los hogares de los pacientes y solo 35% de ellos informaron el envío de medicamentos a sus domicilios. Alrededor de la mitad de los centros contó con comités de tumores virtuales (tabla 27).

El 98% de los encuestados informó algún nivel de interrupción en los tratamientos tanto en 2020 (marzo-diciembre) como en 2021 (enero-septiembre) (98%). Para esos periodos, el 91% informó que una proporción de los pacientes abandonó el tratamiento por completo, principalmente por motivos relacionados con la pandemia. Fueron comunes las interrupciones en los tratamientos con quimioterapia, donde el 76% de los profesionales informó que >10% de sus pacientes perdieron por los menos un ciclo y el 88% indicó que habían realizado modificaciones en por lo menos algún componente del tratamiento de sus pacientes. Estas adaptaciones incluyeron la reducción en los ciclos de quimioterapia (69%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (78%) o radioterapia (84%). Otras adaptaciones incluyeron un aumento del uso de quimioterapia oral en lugar de intravenosa (77%), posiblemente para reducir la exposición a los centros de salud. La mayoría de los participantes (86%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención (tabla 28).

La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (84%) y en menor medida internados (70%) diagnosticados con COVID-19. Una proporción significativa (77%) informó escasez de equipos de protección personal en sus centros y, como era de esperar, el 73%, contagios de SARS-COV-2 entre el personal de oncología (tabla 29).

47% de los participantes mencionaron que sus proveedores de planes de salud, sus instituciones médicas o ambas les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia. En concordancia, 70% de ellos observaron reducciones en los presupuestos asignados a la atención oncológica dentro de sus instituciones. Para el futuro, 91% de los encuestados esperan una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud no está preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria o disponibilidad de personal de salud o instalaciones especializadas. A la fecha, el gobierno mexicano no ha anunciado un plan de acción para abordar la incidencia del cáncer esperada (tabla 30).

Perú



Todos los encuestados informaron algún tipo de disrupción en la atención habitual, y la mayoría (90%) informó un impacto moderado a severo debido principalmente a la cuarentena y las restricciones para viajar y a la saturación del sistema de salud. La mayoría de los centros (79%) permanecieron abiertos, de los cuales 73% permanecieron abiertos pero con una menor carga general de trabajo y 20% informaron reducciones en sus cargas de trabajo durante los picos. Un 20% de los centros cerró sus puertas parcialmente. En general, la mayoría de los servicios de salud observaron disrupciones moderadas a severas. Las áreas que sufrieron mayores disrupciones fueron las de cirugía, donde 100% de los encuestados informaron disrupciones moderadas a severas, seguida por servicios de diagnóstico (95%) y tratamientos complementarios (89%). Otras áreas que sufrieron disrupciones moderadas a severas fueron las de radioterapia (88%) y cuidados paliativos (74%). El sector de quimioterapia sufrió predominantemente disrupciones leves a moderadas (74%) (tabla 31). Estos datos son consistentes con los de un estudio en ALC que comparó datos sobre cáncer de 2019 y 2020 (marzo) en Perú y reveló una reducción del 84% y el 59% en las cirugías oncológicas ambulatorias y con internación, respectivamente. Un prestador privado informó para el mismo periodo una reducción del 30% en las sesiones de radioterapia, pero el impacto en el sistema público probablemente sea mayor.¹⁹

La mayoría (79%) de los encuestados percibió una disminución en la cantidad de nuevos casos de cáncer durante los seis primeros meses de pandemia (marzo-agosto de 2020), con una disminución levemente mayor en el periodo septiembre de 2020-septiembre de 2021 (88%). Estos resultados son contrarios a los de la mayoría de los países de la región, que mostraron un aumento en este último periodo, lo cual puede significar un impacto mayor debido a las demoras prolongadas. Consistentemente, la mayoría (84%) cree que las demoras en los diagnósticos superarán los 5 meses, y todos informaron un aumento en los casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a las demoras relacionadas con la pandemia. Por ende, el 100% de los participantes observó un aumento de la mortalidad por cáncer (tabla 32). Además, todos los encuestados mencionaron un aumento en los casos de recidiva de cáncer, y la mayoría (84%) los informó en 11 a 50% de los pacientes.

Todos los participantes informaron una reducción de los programas y las actividades de prevención de cáncer en su país. En particular, todos ellos (100%) indicaron una reducción en las colonoscopías y tomografías computadas de tórax. 94% informó una reducción en las mamografías y las pruebas de antígeno prostático específico. El 37% informó una reducción de entre 25 y 50% en los estudios de patología (tabla 33).

En algunos centros peruanos se implementaron medidas de adaptación, que incluyeron la reducción de las consultas presenciales y su reemplazo por consultas virtuales (69%), o la adopción total de la virtualidad (36%); solo el 5% informó que sus centros continuaron con las consultas ambulatorias de manera habitual. La mayoría (95%) cree que las consultas virtuales continuarán después de la pandemia. Todos los participantes informaron mayores tiempos entre consultas de seguimiento. En relación con las opciones de atención remota, 68% de los encuestados mencionaron la disponibilidad de pruebas de laboratorio en las cercanías de los hogares de los pacientes y 72% de ellos informaron el envío de medicamentos a sus domicilios. 90% de los centros contó con comités de tumores virtuales, de los cuales la mayoría (90%) cree que seguirán en esta modalidad una vez finalizada la pandemia (tabla 34).

Todos mencionaron algún nivel de interrupción en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre) y la mayoría lo hizo para 2021 (enero-septiembre) (95%). Para esos periodos, el 68% informó que entre 1 y 25% de los pacientes abandonó el tratamiento por completo, principalmente por motivos relacionados con la pandemia. El 88% de los profesionales informó que sus pacientes se vieron forzados a buscar atención en otro centro de salud. Fueron comunes las interrupciones en los tratamientos con quimioterapia, donde el 83% de los profesionales

informó que >10% de sus pacientes perdieron por los menos un ciclo y todos los médicos mencionaron que habían realizado modificaciones algún componente del tratamiento de sus pacientes. Estas adaptaciones incluyeron la reducción en los ciclos de quimioterapia (93%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (89%) o radioterapia (88%). Otras adaptaciones incluyeron un aumento del uso de quimioterapia oral en lugar de intravenosa, informado por la totalidad de los participantes, posiblemente para reducir la exposición a los centros de salud. Todos los participantes informaron un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención (tabla 35).

La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (95%) e internados (89%) diagnosticados con COVID-19. Una proporción significativa (86%) informó escasez de equipos de protección personal en sus centros y, como era de esperar, el 95% informó contagios de SARS-COV-2 entre el personal de oncología (tabla 36).

El 47% de los participantes mencionó que sus proveedores de planes de salud, sus instituciones médicas o ambas les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia, mientras que 53% de ellos no recibieron tales pedidos. El 68% y el 70% de los encuestados informaron reducciones en los presupuestos asignados al tratamiento del cáncer por parte de los centros de salud y el gobierno, respectivamente. Para el futuro, todos los profesionales esperan una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud no está preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria o disponibilidad de personal de salud o instalaciones especializadas.

América Central



Esta sección ofrece los resultados acumulados de los países de América Central, Costa Rica, República Dominicana y Panamá, donde el 98% de los encuestados informaron algún tipo de disrupción en la atención habitual, y la mayoría (58%) informó un impacto moderado debido principalmente a la saturación de los sistemas de salud y las medidas preventivas. La mayoría de los centros (82%) permanecieron abiertos, de los cuales 50% informaron una reducción general en las cargas de trabajo, 28% se mantuvieron totalmente abiertos y 22% informaron reducciones en sus cargas de trabajo durante los picos. El 18% de los centros cerró parcialmente o por completo. El área que sufrió mayores disrupciones fue la de cirugía, donde 69% de los encuestados informaron disrupciones moderadas a severas, seguida por servicios de diagnóstico (66%) y tratamientos complementarios (58%). En otras áreas tales como radioterapia, cuidados paliativos y quimioterapia se observaron principalmente disrupciones leves a moderadas (tabla 38).

A diferencia de casi todos los países de Sudamérica, la mayoría de los profesionales de América Central (87%) observó un aumento en los nuevos casos de cáncer durante los primeros seis meses de pandemia (marzo-agosto de 2020). Un aumento similar fue informado por 80% de los encuestados para el periodo septiembre de 2020-septiembre de 2021. Estos datos se diferencian de las tendencias de la región, donde se observaron reducciones de entre 28 y 38% en las primeras consultas oncológicas para el periodo marzo-junio de 2020.¹⁹ El 50% de los participantes espera que las demoras en el diagnóstico de casos de cáncer debido a la pandemia superen los 5 meses, y el 100% informa un aumento de casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico generado por las demoras relacionadas con la pandemia. En concordancia, 74% percibió un aumento de la mortalidad por cáncer a causa de estas demoras. El 78% también informó un aumento en los casos de recidiva de cáncer debido a la pandemia (tabla 39).

En línea con las tendencias regionales, los programas de prevención del cáncer se han visto afectados significativamente por la pandemia por COVID-19 en América Central, donde 78% de los participantes informaron una disminución en los programas y las actividades generales de prevención. En particular, todos ellos (100%) indicaron una reducción en tamizaje con colonoscopías y el 97% hizo lo propio respecto de las mamografías. También se informaron reducciones en tamizaje con pruebas de antígeno prostático específico (80%) y tomografías computadas de tórax (72%). El 94% de los participantes informó una reducción en los estudios de patología. Cabe destacar que estas reducciones fueron informadas predominantemente en 1-25% de los pacientes, a diferencia de los impactos más contundentes informados en otros países. No se han publicado datos sobre el impacto de la pandemia en las estrategias de tamizaje para América Central (tabla 40).

La mayoría de los centros (87%) donde trabajan los profesionales centroamericanos implementaron medidas de adaptación que incluyeron la reducción de las consultas presenciales en clínicas y su reemplazo por consultas virtuales (73%) y la cancelación total de las consultas presenciales para adoptar por completo la virtualidad (18%). También se informó un aumento de los tiempos entre las consultas de seguimiento (74%). Algunos pacientes tuvieron opciones de atención remota tales como la realización de pruebas de laboratorio en las cercanías de sus hogares (97%) y la entrega de medicación a domicilio (55%). Casi todos los participantes indicaron que contaban con comités de tumores en sus centros de salud con anterioridad a la pandemia, de los cuales el 65% cambió al modo virtual y el 24% adoptó un sistema mixto (virtual y presencial). Con vistas al futuro, la mayoría cree que las medidas de adaptación tales como las consultas virtuales (74%) y los comités de tumores virtuales (82%) persistirán después de la pandemia, posiblemente para mayor conveniencia de los pacientes y con un acceso más amplio a los comités de tumores (tabla 41).

Las interrupciones a los tratamientos fueron informadas por 92% de los encuestados para 2020 (periodo marzo-diciembre) y por 68% de los mismos en 2021 (periodo enero-septiembre). El 85% de los participantes informó que una proporción de los pacientes abandonó por completo el tratamiento por motivos relacionados con el COVID-19 (por ej., miedo al contagio, cuarentenas) y no relacionados con el COVID-19 (por ej, falta de cobertura médica). Las interrupciones en los tratamientos de quimioterapia fueron habituales. El 70% de los encuestados informó que más del 10% de sus pacientes perdieron por lo menos un ciclo y el 60% informó que redujeron la cantidad de ciclos en 1-25% de sus pacientes. El 89% de los profesionales informó haber realizado cambios a alguna parte del tratamiento de sus pacientes. Estas adaptaciones incluyeron un mayor uso de quimioterapia oral por sobre la quimioterapia intravenosa (95%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (87%) o radioterapia (75%). La mayoría de los participantes (90%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención (tabla 42).

La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (85%) e internados (76%) diagnosticados con COVID-19. Una leve mayoría (57%) de los participantes informó falta de equipos de protección personal suficiente en sus centros. A pesar de ello, el 82% de los encuestados informó diagnósticos de COVID-19 en su personal de oncología (tabla 43).

La mayoría de los participantes (77%) indicó que ni su institución ni los proveedores de planes de salud les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia. Para el futuro, 92% de los profesionales esperan una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud está poco o nada preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria, personal de salud o disponibilidad de instalaciones especializadas (tabla 44).

Cono Sur



Esta sección analizará los resultados acumulados de los países del Cono Sur: Argentina, Chile y Uruguay. Gran parte de los participantes (94%) informó algún nivel de disrupción en la atención habitual. La mayoría de ellos (79%) mencionó un impacto leve a moderado principalmente causado por las medidas preventivas para mantener el distanciamiento social y minimizar las consultas de los pacientes y las cuarentenas o restricciones para viajar. La saturación de los sistemas de salud fue mencionada como un elemento que desempeñó un rol importante en las interrupciones de los tratamientos. La mayoría de los centros (90%) permanecieron abiertos, de los cuales 43% permanecieron completamente abiertos, 42% informaron una reducción general en las cargas de trabajo y 15% informaron reducciones en sus cargas de trabajo durante los picos. Solo un 9% de los centros cerró sus puertas parcialmente y ninguno lo hizo por completo. La proporción de centros que permanecieron totalmente abiertos fue de las más altas de la región.

Las áreas que experimentaron las mayores disrupciones fueron la de cirugía, seguida por la de servicios de diagnóstico, en las cuales el 69% y 58% de los encuestados informó disrupciones moderadas a severas, respectivamente. Estos datos se correlacionan con los de un estudio en ALC que comparó información sobre cáncer de 2019 y 2020 (marzo-junio) y reveló una reducción media del 35% en las cirugías oncológicas en Chile.¹⁹ Se informaron reducciones leves a moderadas en las prestaciones de radioterapia, tratamientos complementarios y cuidados paliativos (65%, 58% y 56%, respectivamente). Los datos disponibles para Chile muestran una reducción media del 28% para el periodo anteriormente mencionado.¹⁹ Cabe destacar que la mayoría de los participantes no informó interrupciones en los servicios de quimioterapia (60%), terapia hormonal (76%), inmunoterapia (58%) y terapia dirigida (58%). Esto muestra un notable contraste con el resto de la región, donde predominantemente se observó algún nivel de interrupción para estos servicios. Sin embargo, según el mismo estudio, se observó una leve disminución en las quimioterapias (18%) según un prestador público en Uruguay, y una disminución de solo 2% de acuerdo a lo informado por el Instituto Nacional del Cáncer en Chile.¹⁹ (Tabla 45).

Los resultados no reflejaron un impacto significativo en relación a la cantidad de nuevos pacientes con cáncer durante los primeros seis meses de pandemia (marzo-agosto de 2020). Para el periodo septiembre de 2020-septiembre de 2021, 74% de los participantes informaron un aumento de los nuevos casos de cáncer. Según datos de prestadores de salud públicos y privados de Uruguay, se produjo una reducción media del 26% en las primeras consultas de oncología en el periodo marzo-junio. Por su parte el Instituto Nacional del Cáncer de Chile informó una reducción media del 35%.¹⁹ La mayoría de los encuestados (68%) espera que las demoras en el diagnóstico de casos de cáncer debido a la pandemia superen los 5 meses, y el 91% informó un aumento de casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia. En concordancia, 68% informó un aumento de la mortalidad por cáncer a causa de estas demoras (tabla 46).

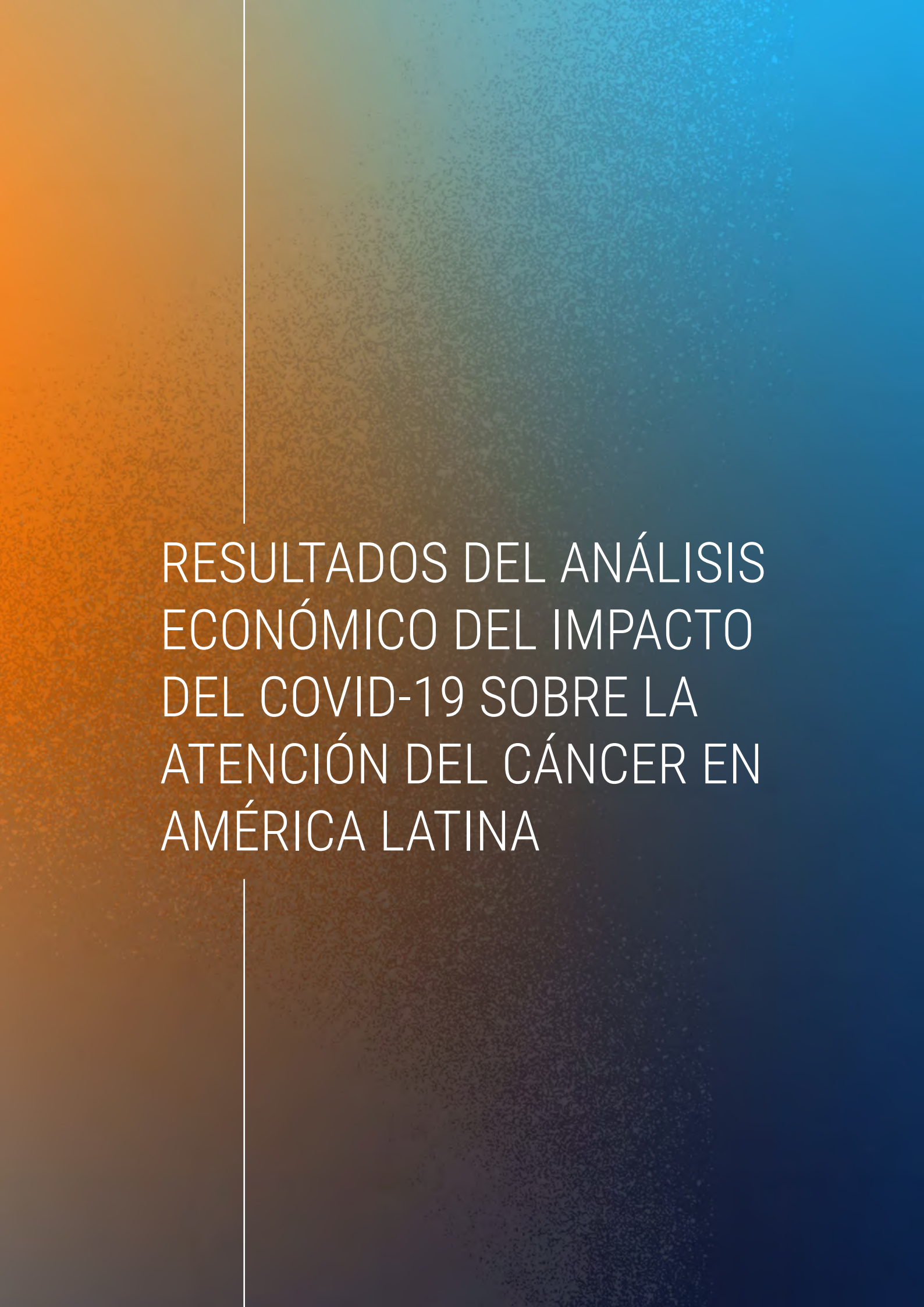
En línea con las tendencias de la región, 86% de los encuestados observó una reducción de los programas y las actividades de prevención del cáncer en los países del Cono Sur. En particular, el 100% y el 98% de los participantes informaron algún tipo de reducción en las colonoscopías y las mamografías, respectivamente. Además, otros métodos de tamizaje, como la prueba de antígeno prostático específico (85%) y la tomografía computada de tórax (90%) se vieron sustancialmente afectados. El 92% informó una reducción en los estudios de patología. (Tabla 47). Los datos de Uruguay muestran una reducción media del 63,3% en las mamografías según una muestra de prestadores privados y una reducción del 29% en los estudios de patología, de acuerdo con lo informado por el Instituto Nacional del Cáncer de Chile.

La mayoría de los centros de Cono Sur (99%) implementó medidas de adaptación que incluyeron la reducción de las consultas presenciales a clínicas y su reemplazo por consultas virtuales (66%) y la cancelación total

de las consultas presenciales para adoptar por completo la virtualidad (22%). No obstante, 12% de las clínicas continuó con las consultas de pacientes ambulatorios como de costumbre. La mayoría (89%) de los participantes informó también un mayor tiempo entre las consultas de seguimiento. En algunos casos se ofrecieron opciones de atención remota, que incluyeron la realización de pruebas de laboratorio en las cercanías de los hogares de los pacientes (76%) y la entrega de medicación a domicilio (37%). Los comités de tumores, que estaban disponibles en el 87% de los centros con anterioridad a la pandemia, sufrieron diversos impactos. De ellos, el 77% implementó comités de tumores virtuales, y 15% contó con comités de tumores virtuales y presenciales. Con vistas al futuro, es probable que algunas de las medidas de adaptación implementadas durante la contingencia persistan con posterioridad a la pandemia. El 71% cree que las consultas virtuales continuarán después de la pandemia y el 63% cree que los comités de tumores virtuales persistirán (tabla 48).

En 2020 (marzo a diciembre) prevalecieron las interrupciones a los tratamientos (80%). Este número se redujo levemente (68%) en 2021 (enero-septiembre). No obstante, 65% de los participantes informaron que una proporción de sus pacientes abandonó el tratamiento por completo, mayormente debido a razones relacionadas con la pandemia (por ej., miedo al contagio, cuarentenas). Las interrupciones de los tratamientos con quimioterapia resultaron menos frecuentes que en otros países: 55% informó que menos del 10% de sus pacientes perdieron por lo menos un ciclo y 53% informó no haber reducido la cantidad de ciclos de quimioterapia para sus pacientes. El 88% de los médicos informó haber realizado cambios notorios a alguna parte del tratamiento de los pacientes. Estas adaptaciones incluyeron un mayor uso de quimioterapia oral por sobre la quimioterapia intravenosa (81%) y el desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer cirugías (73%) o radioterapia (69%). La mayoría de los participantes (88%) informó un daño potencial a los pacientes ocasionado por las interrupciones en la atención. (Tabla 49). La mayoría de los encuestados había tratado a pacientes oncológicos ambulatorios (87%) e internados (83%) diagnosticados con COVID-19. El 75% informó contagios entre el personal oncológico. Sin embargo, la mayoría (64%) no experimentó escasez de EPP en sus centros (tabla 50).

El 75% de los participantes indicó que ni su institución ni los proveedores de planes de salud les pidieron implementar medidas de contención de gastos durante la pandemia. El 93% de los encuestados espera una sobrecarga post pandémica de pacientes con cáncer. Además, la mayoría cree que el sistema de salud no está preparado para manejarla en términos de asignación presupuestaria o disponibilidad de personal de salud e instalaciones especializadas (tabla 51).



RESULTADOS DEL ANÁLISIS ECONÓMICO DEL IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA

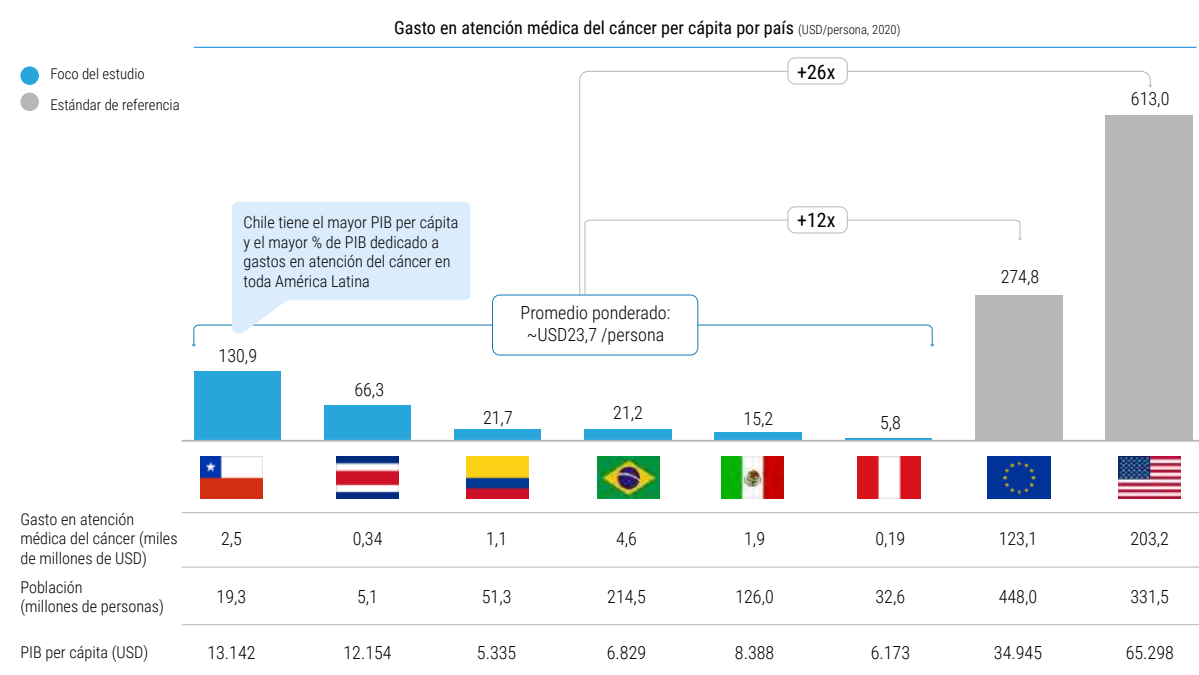
Resultados del análisis económico del impacto del COVID-19 sobre la atención del cáncer en América Latina

El presente estudio apunta a estimar el impacto de la pandemia por COVID-19 en los pacientes con cáncer, el sistema de salud y la economía en toda América Latina y el Caribe. La pandemia (además de tener consecuencias catastróficas directas en la región, con alrededor de 16 millones de infectados, 850.000 muertes,²² y una reducción del 7,4% en el PIB,²³ regional) ha producido efectos directos e indirectos sobre el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer. Las medidas de confinamiento impuestas por los gobiernos han disuadido a las personas de realizar visitas médicas y a hospitales para evitar contagios. Además, la capacidad de los ya frágiles sistemas de salud de América Latina y el Caribe se ha visto resentida al enfrentar la pandemia. Ambos efectos se traducen en interrupciones en la atención de pacientes con cáncer y en demoras en el diagnóstico y el inicio de los tratamientos. En consecuencia, se espera que los pacientes presenten un estado de mayor deterioro de su salud (es decir, una etapa clínica más avanzada o incluso riesgo de muerte) lo cual producirá impactos económicos y sociales en sus países.

Resumen de impactos

Para poder poner en perspectiva las estimaciones del impacto económico en ALC, cabe destacar que el gasto en cáncer en otras regiones y países de todo el mundo varía significativamente. Por lo tanto, al realizar comparaciones que involucren la estimación del impacto económico del COVID-19 sobre el cáncer en ALC, se deberán considerar estas diferencias en la magnitud del actual gasto en cáncer. Por ejemplo, la Unión Europea y los Estados Unidos de América tienen un gasto en cáncer per cápita 12 veces mayor (~USD 275/persona)²⁴ y 26 veces mayor (~USD 613/persona)²⁵, respectivamente, que el promedio ponderado de los países de ALC considerados en este estudio (~USD 24/persona).²⁶⁻³¹ (Figura 5).

Figura 5: Gasto total en atención médica del cáncer per cápita por país y por región (USD/persona, 2020)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, SciELO, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

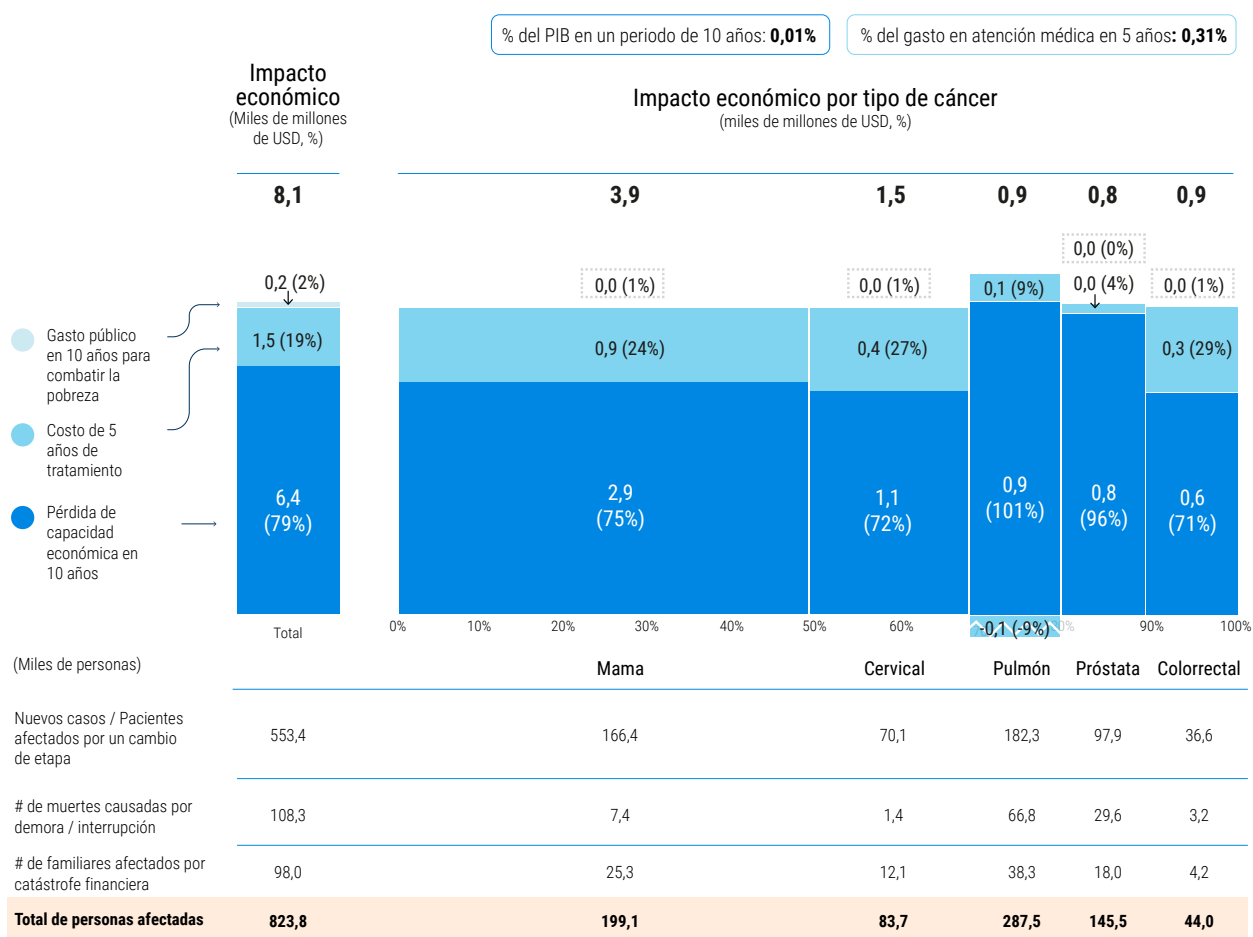
USD: Dólares estadounidenses; PIB: producto bruto interno

El impacto económico total estimado por las demoras en el diagnóstico/inicio del tratamiento del cáncer es de USD 8.100 millones (rango de USD 5.000-10.700 millones), además de las interrupciones a los tratamientos causadas por la pandemia por COVID-19 en ALC, que se estima afectarán a 824.000 (rango de 491.000-1.100.000) personas que sufrirán un cambio en la etapa clínica, morirán por la demora en el tratamiento o padecerán una catástrofe económica.

De este impacto económico estimado, USD 6.400 millones (80%) provienen de la pérdida de capacidad económica en un periodo de 10 años, USD 1.500 millones (18%) del aumento en el costo de la atención médica proyectado para 5 años de tratamiento, y USD 100 millones (2%) de la estimación del gasto público destinado a combatir la pobreza de las personas empobrecidas por la catástrofe económica en un periodo de 10 años.

El cáncer de mama representa USD 3.900 millones (~50%) del impacto económico estimado, ya que concentra ~50% del total de casos y tiene una alta tasa de supervivencia, que hace que los pacientes pasen a una etapa clínica más cara y mantiene baja la cifra de muertes. El cáncer cervical representa USD 1.500 millones (figura 6).

Figura 6: Estimación del impacto económico y social en América Latina y el Caribe por efecto y tipo de cáncer (miles de millones de USD, % y miles de personas)

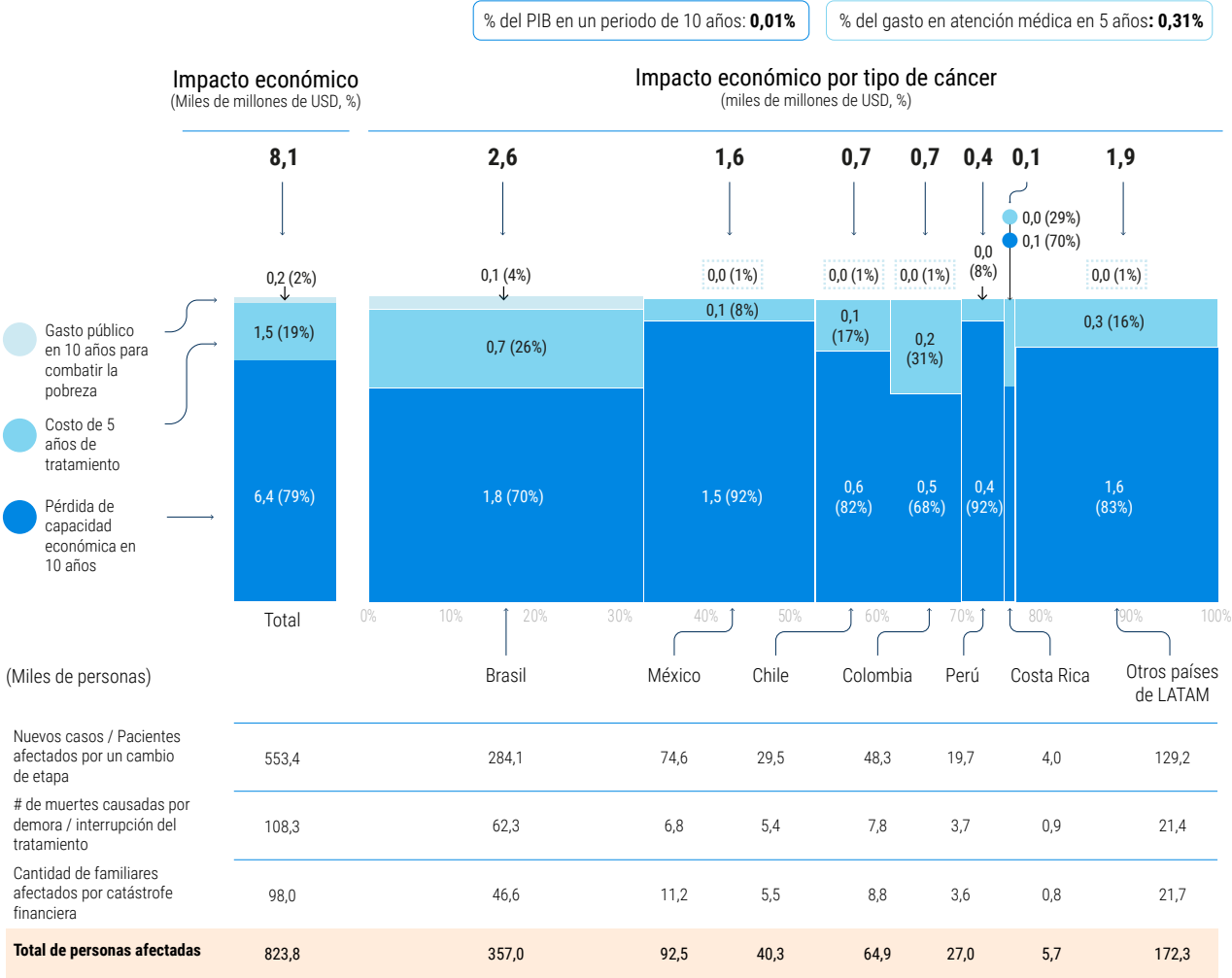


Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses; PIB: producto bruto interno

Desde una perspectiva geográfica, Brasil y México representan USD 4.300 millones (~50%) del impacto económico total estimado para la región y abarcan a 502.000 (~60%) de las personas afectadas, debido a que presentan una alta proporción de casos de cáncer. Sin embargo, Brasil muestra la proporción más alta de gasto de salud estimado, destinado al cáncer, en toda la región de ALC (figura 7).

Figura 7: Estimación del impacto económico y social en América Latina y el Caribe por efecto y país (miles de millones de USD, % y miles de personas)

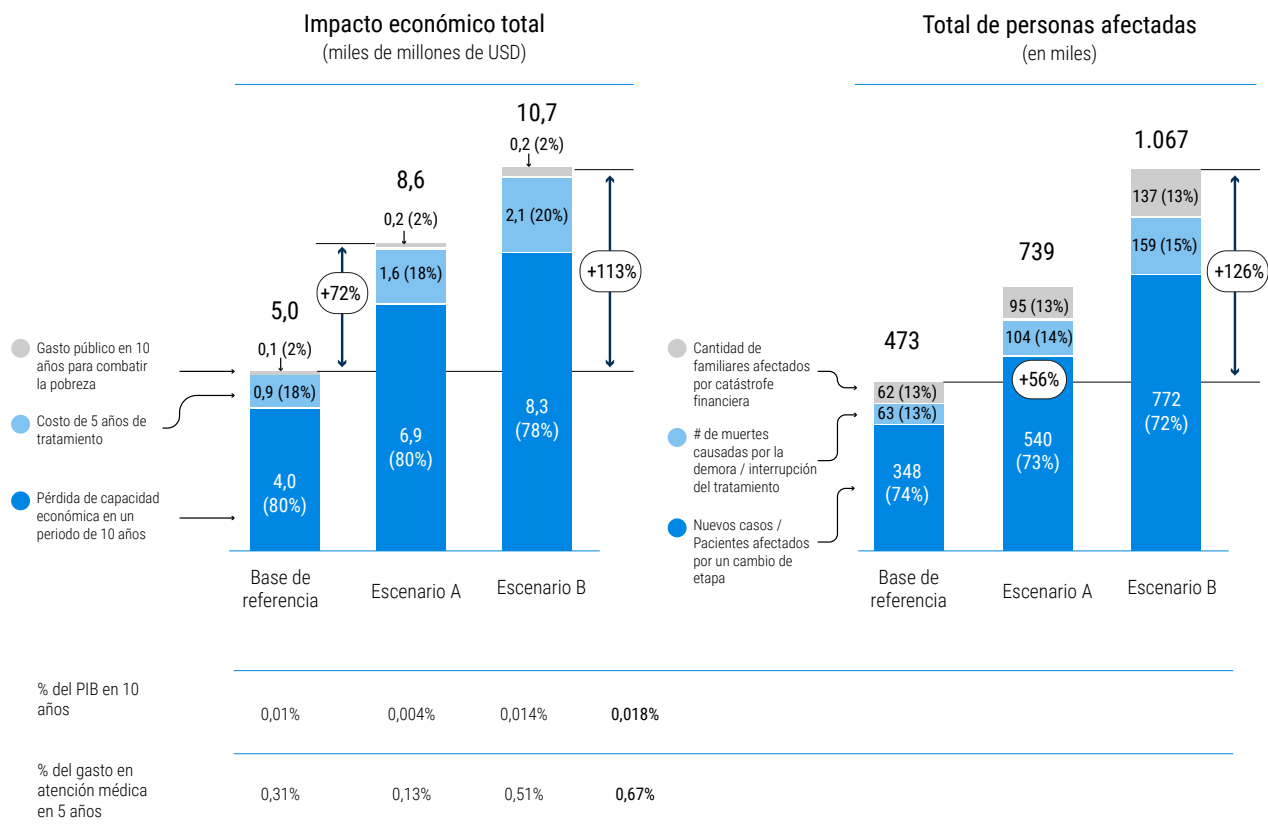


Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses

Según el análisis de escenarios, el escenario A aumentaría el impacto económico a USD 8.600 millones (+72% respecto de la base de referencia) con un total de 739.000 personas afectadas (+56% respecto de la base de referencia). Mientras que en el escenario B, se espera que el potencial impacto económico sea de USD 10.700 millones (+113% respecto de la base de referencia), con un total de 1,1 millón de personas afectadas (+126% respecto de la base de referencia) (figura 8).

Figura 8: Análisis de escenarios del impacto económico y social total en América Latina y el Caribe (miles de millones de USD, miles de personas)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses

Impacto directo del COVID-19 sobre los sistemas de salud: atención del cáncer

Impacto del costo de 5 años de tratamiento

Se estima que el costo de 5 años de tratamiento del cáncer aumentará a USD 1.500 millones a causa de las demoras en los tratamientos provocadas por el COVID-19. El cáncer de mama y el cervical representan USD 1.400 millones (~93%) del total, como resultado de la alta proporción de casos de cáncer de mama y la alta concentración de cáncer cervical en etapas clínicas tempranas.

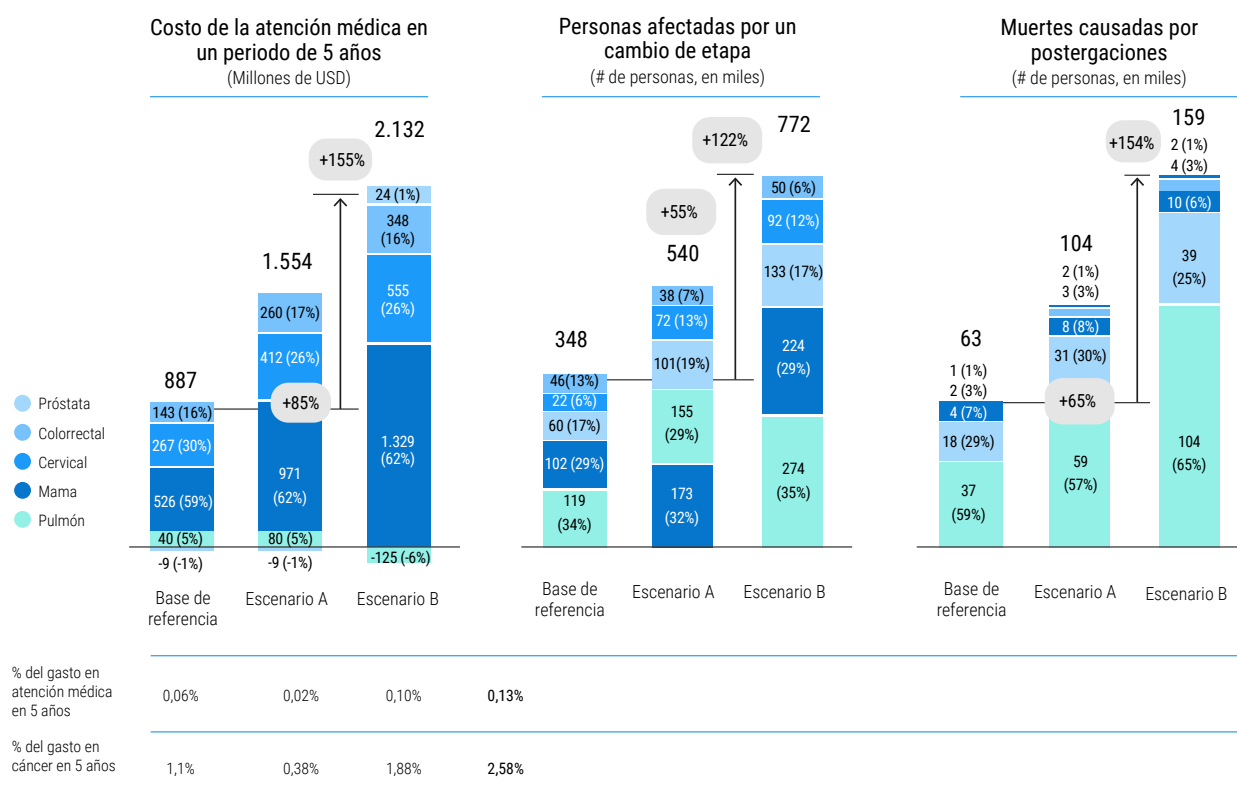
Al parecer, el cáncer de pulmón y el de próstata tienen un efecto positivo sobre las estimaciones de costo a 5 años de tratamiento, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentra en etapas avanzadas y las tasas de supervivencia del cáncer de pulmón son bajas. No obstante, se produce a costa de 84.000 muertes. Desde el punto de vista geográfico, Brasil y Colombia representan USD 873 millones del costo de 5 años de tratamiento (~60%); Colombia es el segundo país más afectado por el impacto del cáncer cervical, ya que la mitad de los casos con cambio de etapa se encuentran en etapas tempranas (I-II), donde los costos de los tratamientos aumentan en un 75% (figura 9).

45



Según el análisis de escenarios, se espera que en el escenario A el costo de 5 años de tratamiento aumente a USD 1.554 millones (+85% respecto de la base de referencia). Los afectados ascenderían a 875.000 personas (+78% respecto de la base de referencia), que incluye 104.000 muertes (+65% respecto de la base de referencia). En el escenario B, el costo de 5 años de tratamiento aumentaría a USD 2.132 millones (+155% respecto de la base de referencia), con 1,1 millón de personas afectadas (+124% respecto de la base de referencia), y 159.000 muertes (+154% respecto de la base de referencia) (figura 10).

Figura 10: Análisis de escenarios del aumento del costo del tratamiento en un periodo de 5 años, del total de personas afectadas y de las muertes causadas por tipo de cáncer y país en América Latina y el Caribe (miles de millones de USD, miles de personas)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

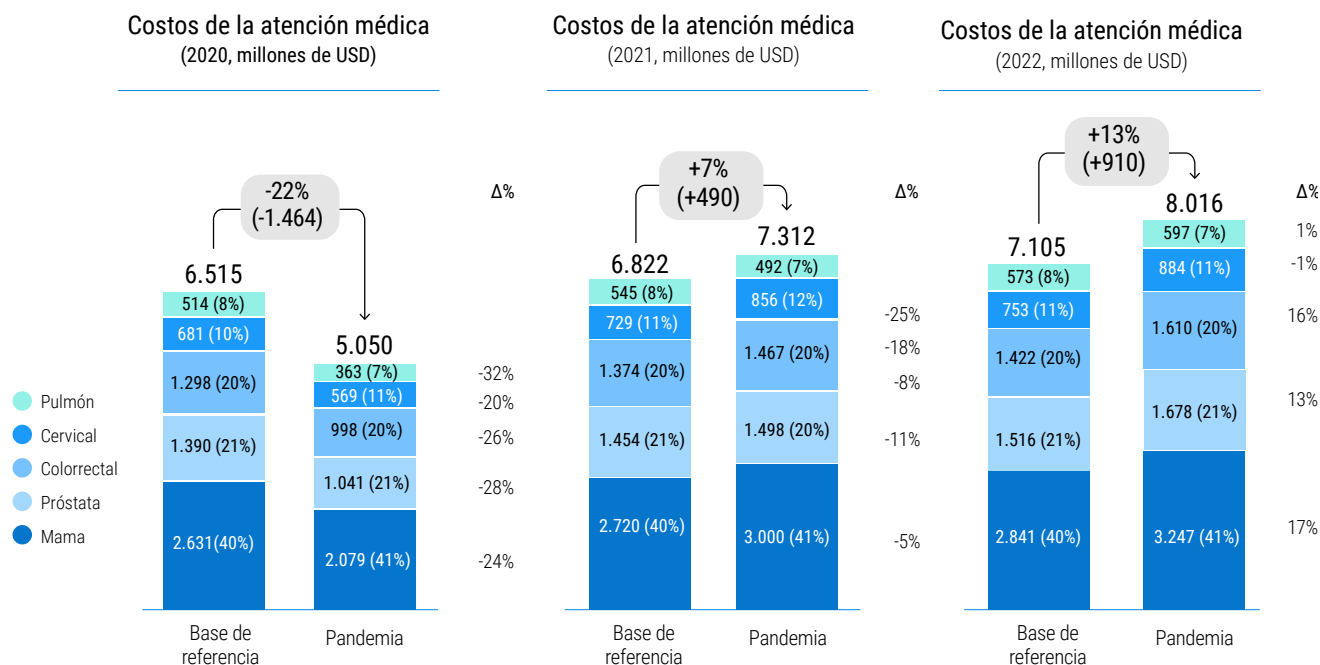
USD: Dólares estadounidenses

Evolución del gasto anual en cáncer en el periodo 2020-2022

Se realizó este análisis para comprender cuáles serán las necesidades de los gobiernos en materia de gasto en cáncer en ALC durante el periodo más crítico de la pandemia comparado con una base de referencia sin COVID-19. A diferencia del impacto del costo de 5 años de tratamiento, que ofrece una perspectiva estática, este análisis es dinámico y toma en cuenta tanto el momento en el que los pacientes interrumpen y retoman el tratamiento como el momento en el que llegan nuevos casos al sistema. Por ende, los resultados de esta variación en el gasto anual no deberán agregarse al aumento del costo de 5 años de tratamiento.

En el escenario de la base de referencia, los resultados muestran que el impacto total sobre el gasto en cáncer se observará en 2022, con un 13% de aumento respecto de la base de referencia debido a que ya no habrá demoras en los nuevos casos y los casos afectados el año anterior retomarán el tratamiento. En 2021, se espera que el gasto en cáncer aumente 7% con respecto a la base de referencia, como resultado de un efecto combinado de nuevos casos y pacientes del año anterior que retoman el tratamiento a un costo mayor, personas que mueren debido a las demoras y personas que aplazan el tratamiento hasta el año siguiente. En 2020, se espera una reducción en el gasto del 22% respecto de la base de referencia a causa de los pacientes que aplazan su tratamiento hasta el año siguiente o mueren durante dicho aplazamiento. Después de 2022, se espera que el gasto anual varíe respecto de la base de referencia en cada uno de los países, según la distribución de tipos de cáncer que tengan, ya que se produce un efecto combinado de los pacientes que reciben un tratamiento para el cáncer más costoso y los que mueren más rápido a causa de una etapa clínica más avanzada (figura 11).

Figura 11: Estimación de la variación anual del gasto en cáncer para el sistema de salud en el periodo 2020-2022 en América Latina y el Caribe (millones de USD, % de cambio)



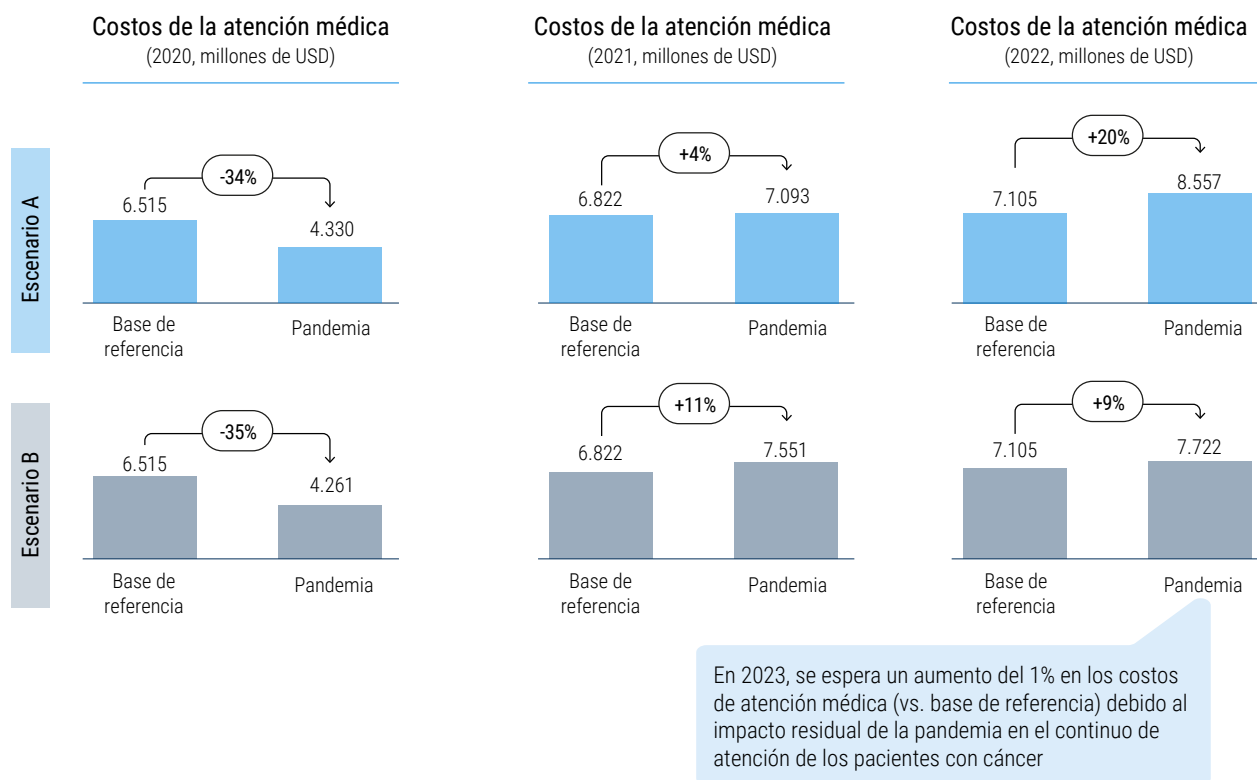
- A diferencia del impacto del costo de 5 años de tratamiento, que ofrece una perspectiva estática, éste es un análisis dinámico que explica el momento en el que ingresan pacientes y nuevos casos al sistema. Por ende, no se espera que los resultados se agreguen al costo de 5 años de tratamiento.
- Si bien la mayor parte del impacto se verá en el periodo 2020-2022, esperamos un leve aumento del costo después de 2022 a causa de los pacientes que en el futuro sigan un tratamiento más costoso como resultado del cambio en la etapa clínica.

Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses

Considerando el análisis de escenarios realizado, puede esperarse que el gasto en cáncer para un 2022 con pandemia sea entre 9% y 20% superior al de la base de referencia, según los escenarios A y B. En 2021, el gasto en cáncer puede pasar a ser entre 4% y 11% más alto que el del escenario de la base de referencia. En 2020, es posible que el gasto se haya reducido entre 34% y 35% respecto del escenario de la base de referencia. Esto representa un efecto progresivo además del gasto en cáncer ya incurrido en la base de referencia.

Figura 12: Análisis de escenarios de variación anual del gasto en cáncer para el sistema de salud en el periodo 2020-2022 en América Latina y el Caribe (millones de USD, % de cambio)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses; M: millones

Impacto indirecto del COVID-19 sobre los sistemas de salud: atención del cáncer

Pérdida de capacidad económica en un periodo de 10 años

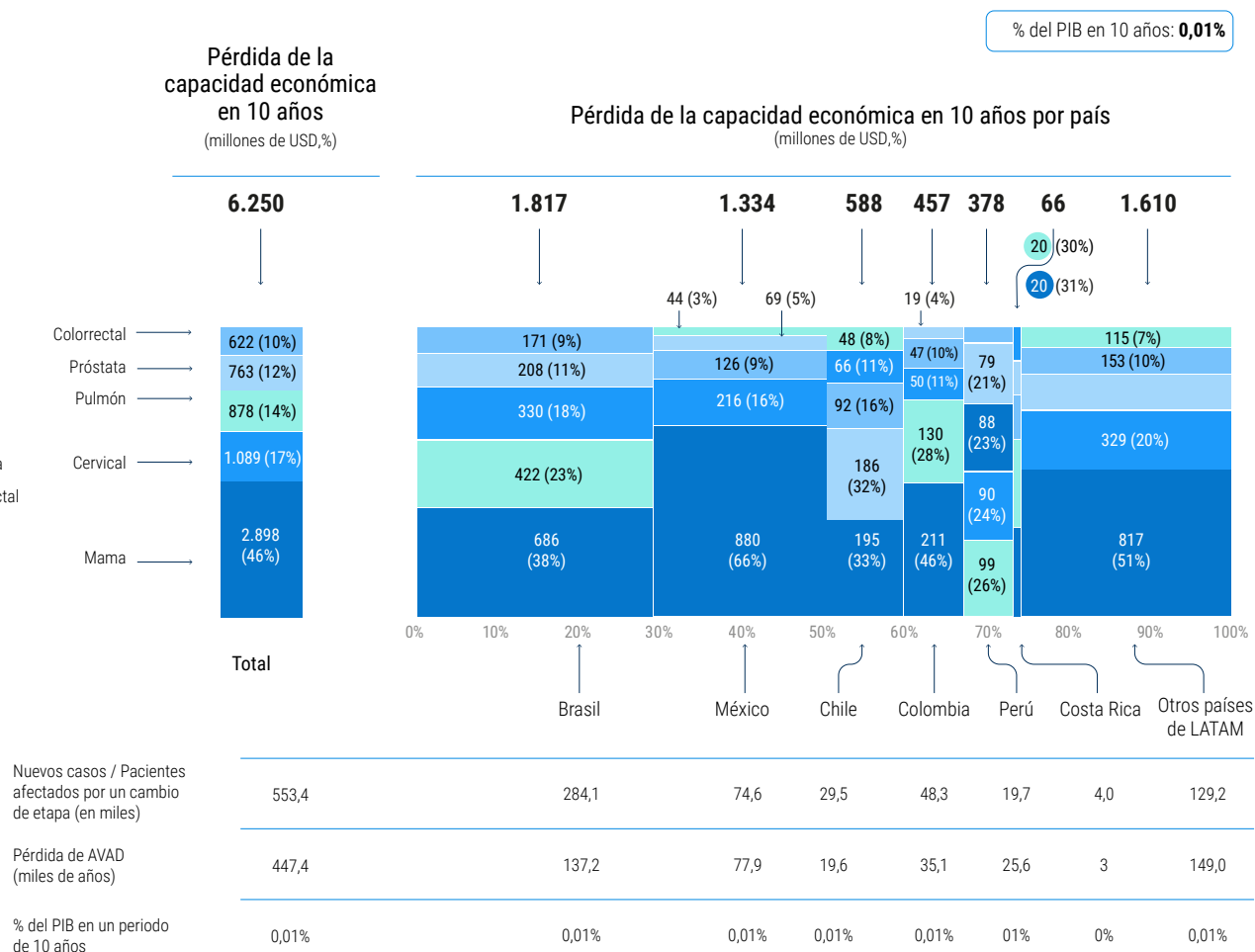
Se estima que la pérdida de capacidad económica en un periodo de 10 años será de USD 6.300 millones (~80% del impacto económico total). De este impacto, USD 4.000 millones (más de la mitad de la capacidad perdida) se concentran en los cánceres de mama y cervical, lo cual muestra un impacto desproporcionado sobre las mujeres.

Desde una perspectiva geográfica, Brasil y México concentran ~50% de este impacto económico; en México, el cáncer de mama muestra un mayor impacto que en otros países, debido a que la tasa de supervivencia en las etapas tempranas es 18% más baja. Es importante destacar que, en México, el cáncer de mama exhibe una baja proporción de pérdida de capacidad económica comparada con otros países, lo cual probablemente es resultado de un problema sistémico de falta de diagnóstico (figura 13).

En términos de impacto social, como se mencionara anteriormente, el total de nuevos casos y pacientes afectados por un cambio de etapa se estima en 553.000. Sin embargo, el efecto de las muertes se traduce ahora en 447.000 de AVAD perdidos en toda la región. Brasil y México concentran casi ~50% de los AVAD perdidos en la región de ALC (figura 13).

En línea con el análisis de escenarios, la pérdida de capacidad económica del escenario A se estima en USD 6.400 millones (-60% respecto de la base de referencia) y los AVAD perdidos en 10 años ascienden a 716.000 años (+60% respecto de la base de referencia) En el escenario B, la pérdida de capacidad económica aumentaría a USD 8.300 millones (+107% respecto de la base de referencia) y los AVAD perdidos en 10 años ascenderían a 917.000 años (+105% respecto de la base de referencia) (figura 14).

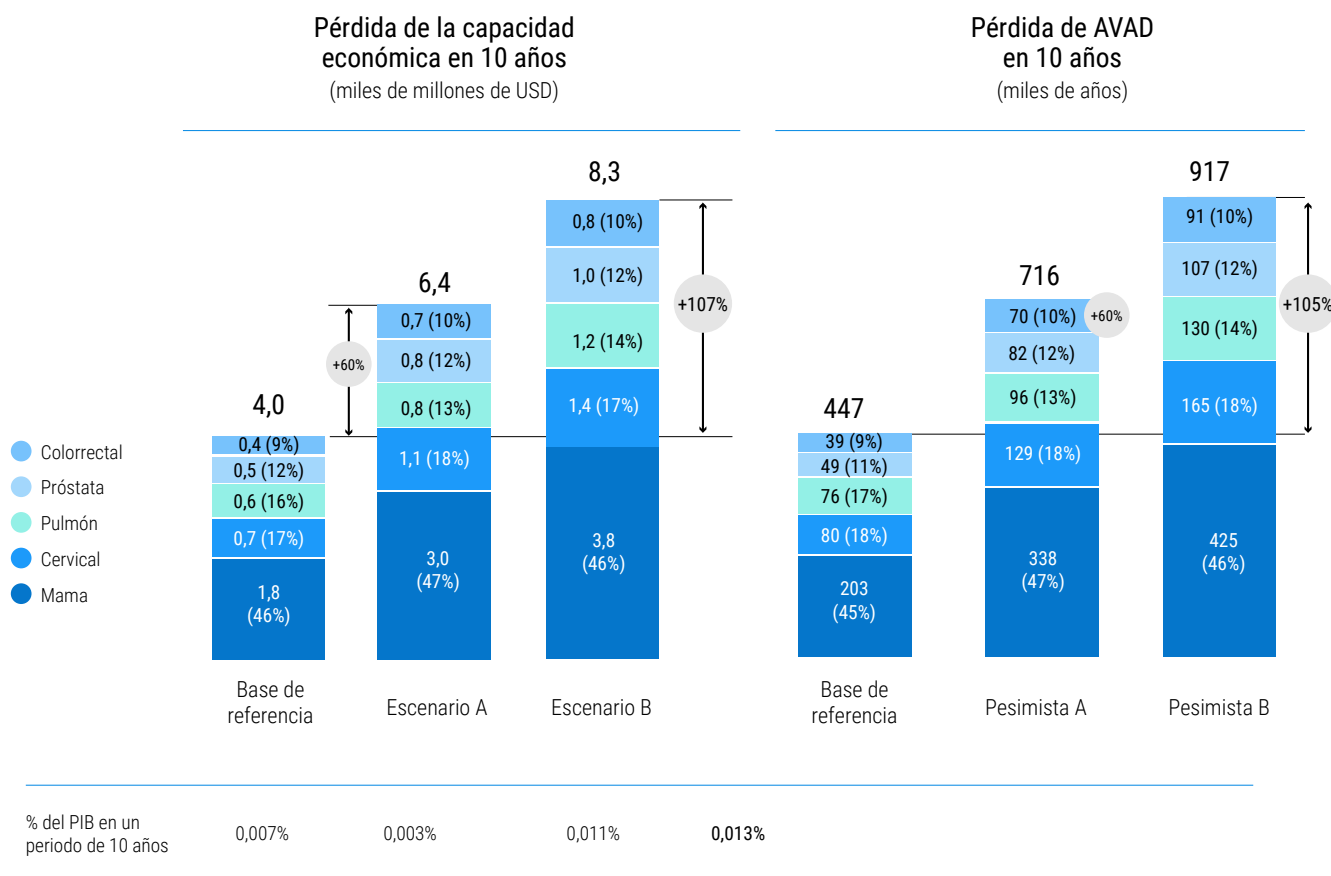
Figura 13: Estimación de pérdida de la capacidad económica en un periodo de 10 años por tipo de cáncer y país en América Latina (millones de USD, miles de personas)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, SciELO, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD Dólares estadounidenses; AVAD: años de vida ajustados por discapacidad; PIB: producto bruto interno

Figura 14: Análisis de escenarios de la pérdida de capacidad económica y AVAD en un periodo de 10 años debido a los distintos tipos de cáncer en América Latina y el Caribe (miles de millones de USD, miles de años)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses; AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

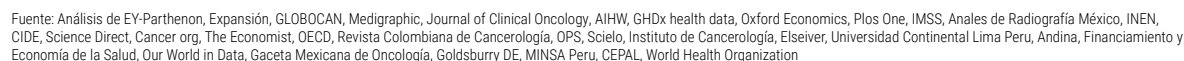
Gasto público para combatir durante 10 años la pobreza de la población empobrecida por la catástrofe económica

Si bien será necesario un gasto público adicional para combatir durante 10 años la pobreza ocasionada por la pandemia en las personas empobrecidas por la catástrofe económica, el impacto será relativamente bajo: USD 170 millones (2% del total). Desde una perspectiva social, representa 98.000 familiares golpeados por la catástrofe financiera, de los cuales 64.000 quedaron empobrecidos.

En la región, Brasil representa USD 114 millones (70%) de este impacto económico, que se traduce en 96.000 (~46%) de los familiares afectados por el empobrecimiento ocasionado por la catástrofe económica. En segundo lugar, México representa USD 13,5 millones (~8%) y Colombia, USD 9 millones (~6%), con ~4.000 (~11%) y ~3.000 (~9%) familiares empobrecidos, respectivamente. Estas cifras se muestran con claridad en la figura 15.

Más aún, 86% del gasto público adicional para combatir la pobreza durante 10 años se concentra en los tres principales tipos de cáncer: pulmón, mama y próstata. De acuerdo con la metodología aplicada, los pacientes con los tipos de cáncer que concentran casos en etapas clínicas tempranas o tardías tienen un riesgo mayor

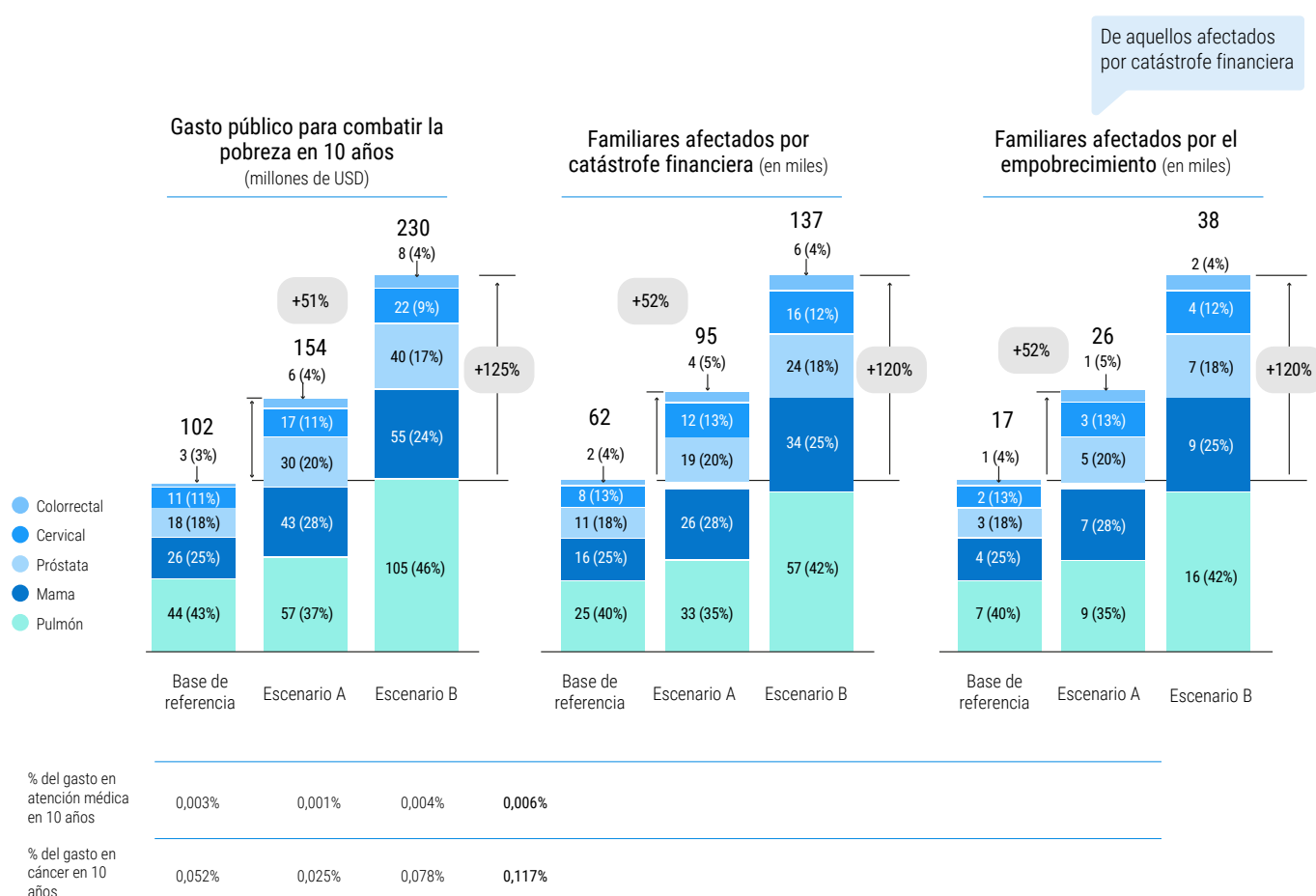
Figura 15: Estimación del impacto económico en el gasto público asignado a combatir la pobreza en 10 años, y en los familiares afectados por catástrofe financiera y el empobrecimiento (millones de USD, miles de personas)



AHF
AMERICAN HEMOPHILIC FEDERATION

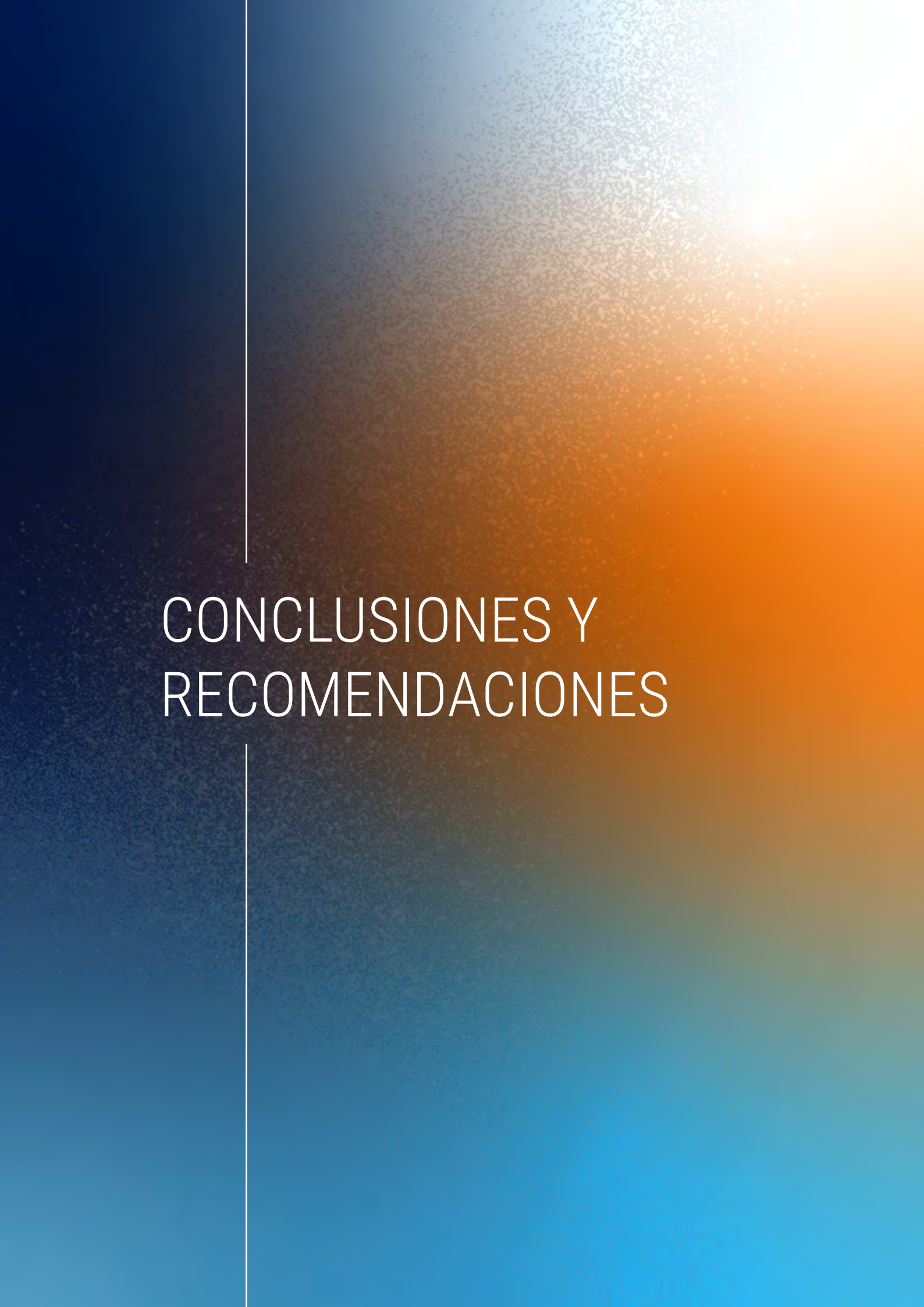
Se llevó a cabo un análisis de escenarios para ver el impacto económico total del gasto público asignado a combatir en un periodo de 10 años la pobreza causada por catástrofe financiera. En el escenario A, el impacto económico total del gasto público asciende a USD 154 millones (+51% respecto de la base de referencia) y afecta a un total de 95.000 familiares como resultado de la catástrofe económica (+52% respecto de la base de referencia), de los cuales 26.000 habrán caído en la pobreza (+52% respecto de la base de referencia). El escenario B sugiere un aumento del costo que asciende a USD 230 millones (+125% respecto de la base de referencia), lo cual significa que 137.000 familiares (+120% respecto de la base de referencia) quedarían afectados por la catástrofe económica, de los cuales 38.000 caerían en la pobreza (+120% respecto de la base de referencia) (figura 16).

Figura 16: Análisis de escenarios sobre el impacto económico total del gasto público asignado a combatir la pobreza en 10 años, y para los familiares afectados por catástrofe financiera y el empobrecimiento (millones de USD, miles de personas)



Fuente: Análisis de EY-Parthenon, Expansión, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anales de Radiografía México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerología, OPS, Scielo, Instituto de Cancerología, Elsevier, Universidad Continental Lima Peru, Andina, Financiamiento y Economía de la Salud, Our World in Data, Gaceta Mexicana de Oncología, Goldsburry DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: Dólares estadounidenses



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Esta encuesta confirma el amplio impacto de la pandemia por COVID-19 sobre todos los aspectos y todas las partes relacionadas con la atención del cáncer en América Latina y el Caribe. El impacto económico de la pandemia sobre los pacientes con cáncer en la región de América Latina y el Caribe es significativo, y agrega una nueva dimensión que se debe analizar con precisión debido a que requiere respuestas específicas. La situación socioeconómica de la región de América Latina se ha deteriorado y afecta particularmente a los grupos vulnerables tales como los pacientes con cáncer; en especial, a los de menores recursos. Existe una demora generalizada en el acceso al diagnóstico y el tratamiento tempranos de los pacientes con cáncer de la región. En consecuencia, es inminente una situación que resultará difícil de manejar para los sistemas de salud de la región, a medida que más pacientes sean diagnosticados en etapas tardías, lo cual implica un manejo clínico más complejo de sus perfiles de salud. La aparición de una nueva ola de casos de cáncer con mayores dificultades, debido a que estos futuros pacientes tendrán diagnósticos más tardíos y sus tratamientos serán más complejos, se verá exacerbada por el impacto económico significativo de la pandemia en los países de la región. Esto ha llevado a las organizaciones a repensar su marco de acción, al tiempo que los gobiernos de América Latina y el Caribe experimentan una gran necesidad de mecanismos de apoyo específicos para enfrentar la situación. Más aún, la pandemia por COVID-19 ha aumentado el impacto desproporcionado de la atención no remunerada en mujeres y niñas. La mayor carga que ha recaído sobre las mujeres y las niñas seguirá profundizando la crisis existente de desigualdad de géneros.

Por otro lado, casi todos los centros de la región se han visto afectados de alguna manera. Muchos de ellos no fueron capaces de mantener el mismo nivel de atención que ofrecían antes de la pandemia y han tenido que implementar diversas medidas de adaptación. Sin embargo, las demoras en el inicio de los tratamientos y su interrupción, los cuidados paliativos y tratamientos complementarios por debajo de niveles óptimos, y los desvíos de los estándares de atención que se produjeron a causa de la pandemia tendrán inevitablemente efectos sobre los resultados en los pacientes. Los programas de tamizaje y prevención muestran una reducción sin precedentes capaz de anular el importante avance efectuado en los esfuerzos de prevención y diagnóstico del cáncer. La mamografía de tamizaje para el cáncer de mama fue el método de prevención más afectado por la pandemia, con un impacto en millones de mujeres, ya que el cáncer de mama es el más común en las mujeres de la región. Cuando se lo descubre en forma precoz, puede ser diagnosticado en gran medida, pero esto solo es posible mediante programas de tamizaje efectivos. El impacto potencial de interrumpir los esfuerzos de tamizaje y prevención es sustancial en términos de las demoras en la definición de diagnósticos oportunos y la determinación de la etapa de los nuevos pacientes. Los efectos posteriores de estas demoras probablemente surjan en los próximos meses y años a medida que los pacientes presenten una enfermedad más avanzada y los sistemas de salud se enfrenten a la acumulación de pacientes. Si la situación que se observa en la mayoría de los países se convierte en tendencia, la combinación de los impactos económico y sanitario posteriores a la pandemia probablemente sobrecargue los sistemas de salud con una demanda excesiva.

Si bien algunas de las medidas que se tomaron para mitigar el impacto de la pandemia sobre la gestión del cáncer se basaron en lineamientos y en la experiencia previa en brotes infecciosos, la pandemia sigue revelando factores desconocidos y ha tenido un efecto heterogéneo en los diferentes países e incluso en las distintas instituciones. Se debe investigar el impacto de estas decisiones sobre los resultados de los pacientes y la atención del cáncer en general para generar evidencia que sirva para guiar la reorganización de los servicios de cáncer y maximizar el uso de los limitados recursos disponibles para futuros brotes o crisis.

La pandemia por COVID-19 seguirá teniendo un considerable impacto económico y social sobre el cáncer en América Latina y el Caribe, debido a que habrá peores pronósticos y resultados a causa de las interrupciones en los tratamientos y las demoras en el diagnóstico de nuevos casos y el inicio de las terapias. El impacto económico total estimado en este estudio asciende a USD 8.000 millones (rango de USD 5.000 a 10.700

millones) y afecta a un total de 824.000 (rango de 491.000 a 1.100.000) personas que sufrirán un cambio en la etapa clínica, morirán por la demora en el tratamiento o padecerán una catástrofe económica y el empobrecimiento. Este estudio también expone el impacto desproporcionado de la pandemia por COVID-19 sobre la salud de las mujeres. Los cánceres de mama (USD 3.900 millones) y cervical (USD 1.500 millones) son responsables de más del 50% del impacto económico total estimado, lo cual subraya la urgencia de contar con políticas e intervenciones específicamente elaboradas para la salud de la mujer. Además, estos dos cánceres también son responsables de la mitad de la capacidad económica perdida en un periodo de 10 años, haciendo que las mujeres sean el segmento más afectado.

Los hallazgos de este informe ponen de manifiesto que la pandemia por COVID-19 tuvo un impacto desproporcionado en las mujeres de América Latina y el Caribe, lo cual acentúa la desigualdad de género en la salud. El género es un determinante de la salud conocido, pero al momento de analizar las consecuencias diferenciales de la pandemia, esta perspectiva no ha sido abordada en los análisis en toda su amplitud. La ausencia de estadísticas desglosadas por género que reflejen la experiencia de vida de las mujeres y las niñas hace invisibles las desigualdades de género. En el contexto del COVID-19 y la atención del cáncer, se necesitan datos precisos de salud y resultados sociales para comprender más acabadamente los posibles efectos. Más aún, durante la pandemia, el rol de cuidadora expuso a las mujeres a un riesgo mayor de contraer COVID-19 y a mayor tensión mental, física y financiera. Si no se aborda específicamente la cuestión de género, los impactos de la pandemia amenazarán el desarrollo y el bienestar de las mujeres en términos de salud, empleo y bienestar social. Cuanto antes actúen los formuladores de políticas y los líderes de negocios para mejorar la igualdad de género, mayores serán los beneficios no solo en materia de igualdad de género sino también de crecimiento económico y de la sociedad en su conjunto.

Incluso antes de la pandemia, la creciente carga del cáncer en América Latina y el Caribe representaba un serio problema de salud pública para la región debido a las barreras inherentes que desafiaban la atención a los pacientes con cáncer. Las áreas a mejorar incluyen el financiamiento de la atención y el control del cáncer, los sistemas de salud fragmentados, la mala distribución de los servicios de cáncer, las demoras en el acceso al diagnóstico y tratamiento, los registros de cáncer insuficientes o inadecuados, las brechas en cobertura de salud y los servicios insuficientes de cuidados paliativos. La pandemia por COVID-19 ha intensificado las brechas en la atención del cáncer generadas por las disparidades en el acceso a los recursos y agravadas por la desigualdad de género. Este estudio fue concebido como una herramienta para priorizar direccionalmente los esfuerzos para mitigar los efectos directos e indirectos de la pandemia sobre la atención del cáncer y para que los países estén mejor preparados para responder a los desafíos por venir. Con este fin, se propone un conjunto de recomendaciones centradas específicamente en reducir el impacto negativo de la pandemia por COVID-19 sobre la atención y el control del cáncer en la región de América Latina y el Caribe y mitigar la carga sobre la salud pública ocasionada por esta. Se requieren esfuerzos coordinados con un enfoque transversal y multisectorial que incluya el aprovechamiento de la tecnología y la implementación de enfoques innovadores. Estas recomendaciones se adaptan específicamente al contexto y a las complejidades del sistema de salud y la población de América Latina y el Caribe, pero pueden resultar pertinentes para otros contextos con recursos limitados. La falta de promoción y desarrollo de políticas públicas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno y adecuado impacta negativamente sobre el control del cáncer, el desarrollo económico y el bienestar social.

Recomendaciones

Abogar por políticas públicas y programas de apoyo específicos destinados a abordar los nuevos problemas a los que se enfrentan los pacientes creados por el deterioro de la situación económica en ALC, que afecta especialmente a grupos vulnerables como los pacientes con cáncer y sus cuidadores. La dimensión económica del impacto de la pandemia sobre las OP de cáncer y sus pacientes tendrá probablemente un impacto sostenido, al menos a mediano plazo. Por lo tanto, las soluciones deben desarrollarse metódicamente y no solo con una perspectiva temporal a corto plazo, especialmente en las siguientes áreas:

- Ofrecer apoyo a los pacientes que pierdan su empleo y en algunos casos, como consecuencia, su cobertura de salud.

Las OP deben crear un mapa de nuevos actores y programas, especialmente los del ámbito social, para crear sinergias que ayuden a los pacientes con sus nuevas necesidades y apoyen la sostenibilidad de estas organizaciones, que se ha visto desafiada por el impacto económico de la pandemia, ya que tanto la demanda como la oferta de actividades y servicios para pacientes y cuidadores ha aumentado significativamente, mientras que los ingresos han disminuido.

Los gobiernos deben reconocer y comprender la carga de cáncer reprimida generada por la pandemia y desarrollar una estrategia dedicada e integral con el objetivo de reducir la mortalidad por cáncer mitigando los retrasos e interrupciones en la prevención, el diagnóstico y la atención del cáncer:

- Adaptar o desarrollar planes nacionales de control del cáncer que contemplen el impacto de la pandemia y asegurar la capacidad diagnóstica y eficiencia a lo largo de toda la línea de cuidado para la atención y el control del cáncer
- Desarrollar un plan priorizado para retomar las actividades de tamizaje y prevención para la detección precoz del cáncer con el fin de reducir las demoras en los diagnósticos sin sobreexigir la capacidad de diagnóstico de los servicios existentes
- Permitir un uso racional de los recursos disponibles (humanos, diagnósticos y terapéuticos)

Asignar recursos suficientes al gasto en cáncer según la demanda reprimida y el impacto económico de la pandemia en la atención y el control del cáncer en cada país:

- Establecer bases de datos para comprender los gastos asociados con la atención y el control del cáncer y organizarlas para determinar el uso de recursos más eficiente
- Comprender el impacto económico de las demoras y/o interrupciones en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer
- Desarrollar estrategias para evaluar y mitigar el impacto económico de la pandemia en los pacientes con cáncer y sus familias para ofrecerles la ayuda adecuada y oportuna

Incorporar la perspectiva de género para ampliar la comprensión de los problemas asociados a la pandemia de COVID-19 y a la atención del cáncer, reconociendo el impacto desproporcionado que sufren las mujeres y las niñas como pacientes y cuidadoras, e incorporando la perspectiva de género en todas las etapas de la formulación de políticas, planes y estrategias:

- Evitar demoras en el diagnóstico e interrupciones en el tratamiento del cáncer de mama. El cáncer de mama es responsable de ~50% del impacto económico total estimado de la pandemia. Se debe prestar especial atención al cáncer de mama en Brasil y México. En Brasil, este tipo de cáncer representa ~70% del aumento a cinco años en el costo del tratamiento y ~40% de la pérdida de capacidad económica; en México, concentra el 65% de la pérdida de capacidad económica, debido a que la tasa de supervivencia en las etapas tempranas es 18% más baja que en otros países.
- Evitar la postergación del diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervical. Este cáncer tiene un impacto económico estimado de USD 1.500 millones: el segundo impacto más importante en la región. Representa el 30% del aumento del costo del tratamiento a cinco años, ya que los casos se concentran en las etapas tempranas, con altas tasas de supervivencia y un gran aumento en los costos de los tratamientos. Se debe prestar especial atención a Colombia, debido a que representa el 76% del aumento en el costo del tratamiento, ya que la mitad de los casos han pasado de la etapa I a la II, lo cual aumenta los costos en un 75%.
- Reconocer la necesidad de contar con políticas basadas en la evidencia y prácticas que aborden el rol desproporcionadamente alto de la mujer como cuidadora y sus necesidades insatisfechas de cara a la pandemia por COVID-19, que incluyan el apoyo psicosocial y financiero.

Continuar con los programas de prevención del cáncer en plena vigencia e implementar estrategias para superar la brecha de detección que se creó durante la pandemia, a fin de lograr un diagnóstico e intervención oportunos:

- Retomar de inmediato los programas de tamizaje y prevención del cáncer al mismo nivel que antes de la pandemia. Esta estrategia deberá contemplar y adaptarse al exceso en la demanda de servicios de tamizaje ocasionado por las interrupciones durante la pandemia.
- Crear una estrategia dedicada para llegar a la población que no fue estudiada durante la pandemia, lo cual puede incluir la formación de brigadas territoriales de detección y prevención.
- Implementar campañas dirigidas al público en general sobre la importancia del monitoreo y la prevención.

Garantizar la continuidad de la oferta de servicios de atención del cáncer, que incluyan la prevención, el diagnóstico, la cirugía, el tratamiento, los cuidados paliativos y el seguimiento durante futuros brotes y crisis, desarrollando estrategias específicas para estar mejor preparados:

- Adaptar la política para que se designe a la atención del cáncer como parte de los planes nacionales e institucionales de preparación y contingencia ante emergencias con el objeto de mejorar los resultados de los pacientes en crisis futuras.
- Adaptar las guías de práctica clínica (GPC) a la atención del cáncer para ajustar el nivel de recursos disponibles según las demandas de la situación de la pandemia local.
- Asegurar el suministro de medicamentos para el cáncer y otras patologías durante los brotes y las crisis para asegurar la continuidad en la entrega de tratamientos oportunos a los pacientes con cáncer.

Combatir la escasez y la mala distribución de los recursos en ALC optimizando los recursos humanos existentes y aprovechando la tecnología:

- Mejorar el acceso a la atención del cáncer en las poblaciones vulnerables y marginadas, al integrar diversos niveles de atención (redes integradas de salud) por parte de profesionales especializados y no especializados que se capaciten en materia de atención del cáncer y las situaciones de derivación adecuadas. Dicha planificación debe considerar la integración de múltiples perfiles tales como enfermeras, líderes de la comunidad y redes de atención guiadas mediante la telemedicina.
- Usar plataformas de aprendizaje digital para asegurar un acceso más amplio a programas de capacitación eficaces para el personal de salud y difusión de conocimientos, especialmente en comunidades rurales y periféricas.
- Desarrollar marcos normativos, de infraestructura y económicos que den respaldo y fomenten la implementación y el uso sustentable de la telemedicina.

Implementar programas de comunicación y concientización para que los gobiernos, los grupos de pacientes y las asociaciones médicas eduquen al personal de salud, los pacientes con cáncer y los cuidadores, especialmente en materia de:

- La importancia de la vacunación contra el COVID-19.
- El riesgo de contagio vs. el de un control inadecuado del cáncer a causa de las interrupciones o la falta de tratamiento.
- Medidas de protección adecuadas contra el COVID-19.

Fomentar la investigación local sobre los impactos de las diversas medidas, adaptaciones y decisiones tomadas en la prestación de cuidados oncológicos a la luz de la pandemia para crear un enfoque basado en la evidencia para el futuro:

- Priorizar los registros regionales y nacionales del cáncer para evaluar el impacto de la pandemia en la atención del cáncer.
- Alentar la colaboración, el intercambio y la divulgación de conocimientos en instituciones gubernamentales, académicas y de salud.

Adoptar las lecciones aprendidas de esta pandemia como parte integral de la nueva normalidad en la atención del cáncer:

- Aumentar la disponibilidad de opciones de atención remota y atención cercana a los hogares de los pacientes, que incluya la evaluación y el monitoreo remoto de pacientes, la realización de pruebas de laboratorio en las proximidades de los hogares de los pacientes y la entrega a domicilio de medicamentos.
- Aprovechar el uso de la tecnología en todos los aspectos de la atención y el control, la investigación, la financiación y la capacitación en materia de cáncer.
- Adaptar las prácticas actuales según los resultados de una investigación potencial que evalúe omitir ciclos en la terapia de mantenimiento, y aumentar la frecuencia de las consultas de seguimiento o las medidas de tamizaje.

Agradecimientos

Los Autores y la Fundación para la Salud de las Américas agradecen a Roche por la beca irrestricta otorgada para el desarrollo de este informe; a Thais Vidal por su contribución editorial; a Catalyst Consulting Group por desarrollar el Informe del Grupo de Representantes de los Pacientes: Alessandra Durstine; y al equipo de EY-Parthenon por desarrollar el Informe de Análisis Económico: Ángel Estrada Guerra, José Ceballos Sandino, Dimitrio Gómez Cárdenas, Isabel González Baca, Julia Castro Alducin, Diego Vallejo Aguilar.

Referencias

1. Agencia Internacional de Investigación del Cáncer. América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud; 2021:1-
2. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-factsheets.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
2. Sud A, Jones M, Broggio J et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Annals of Oncology*. 2020;31(8):1065-1074. doi:10.1016/j.annonc.2020.05.009
3. Degeling K, Baxter N, Emery J et al. 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. 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20117630
4. Lai A, Pasea L, Banerjee A et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. 2020. doi:10.1101/2020.05.27.20083287
5. Schrag D, Hershman D, Basch E. Oncology practice during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(20):2005. doi:10.1001/jama.2020-6236
6. van de Haar J, Hoes L, Coles C et al. Caring for patients with cancer in the COVID-19 era. *Nat Med*. 2020; 26:665-671. doi:10.1038/s41591-020-0874-8
7. McMahon D, Peters G, Ivers L et al. Global resource shortages during COVID-19: bad news for low-income countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(7):e0008412. doi:10.1371/journal.pntd.0008412
8. Bong C, Brasher C, Chikumba E et al. The COVID-19 pandemic: effects on low- and middle-income countries. *Anesth Analg*. 2020;131(1):86-92. doi: 10.1213/ane.0000000000004846
9. Araujo S, Leal A, Centrone A et al. Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. *Einstein*. 2020;19:eAO6282. doi: 10.31744/einstein_journal/2021AO6282
10. OPS insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/2-2-2021-ops-insta-garantizar-diagnostico-tratamiento-cancer-segunda-cause-principal>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
11. El impacto de la pandemia sobre el cáncer: las muertes se incrementaron en un 30%. <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/el-impacto-de-la-pandemia-sobre-el-cancer-las-muertes-se-incrementaron-en-un-30-noticia/>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
12. Cancer Preparedness in Latin America. *The Economist*; 2019. <https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/Roche-cancer-preparedness-in-latin-america/CANCER%20PREPAREDNESS%20IN%20LATAM.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
13. Efecto pandemia: América Latina será la región con el mayor aumento de costos médicos en 2021. <https://www.willistowerswatson.com/es-CL/News/2021/04/efecto-pandemia-america-latina-sera-la-region-con-el-mayor-aumento-de-costos-medicos-en-2021>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
14. CEPAL y OIT advierten que mercado laboral de América Latina y el Caribe tendrá una lenta recuperación tras pandemia del COVID-19. <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-oit-advierten-que-mercado-laboral-america-latina-caribe-tendra-lenta-recuperacion>. Publicado 2020. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
15. La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47043-la-paradoja-la-recuperacion-america-latina-caribe-crecimiento-persistentes>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.

16. Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45602-informe-impacto-economico-america-latina-caribe-la-enfermedad-coronavirus-covid>. Publicado 2020. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
17. Encuesta pulso social – históricos. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
18. Kruse M, Gomez M, Durstine A. The Impact of COVID-19 on Patient Organizations and their Patients in Latin America. United Patients Online Academy, A Program of Catalyst Consulting Group International; 2020. <https://unitedpatientsacademy.org/upfiles/Impact%20of%20COVID-19%20on%20Patient%20Organizations%20and%20their%20Patients%20in%20Latin%20America.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
19. Vázquez Rosas T, Cazap E, Delgado L et al. Social Distancing and Economic Crisis During COVID-19 Pandemic Reduced Cancer Control in Latin America and Will Result in Increased Late-Stage Diagnoses and Expense. *JCO Glob Oncol*. 2021;(7):694-703. doi:10.1200/go.21.00016
20. Barrios C, Werutsky G, Mohar A et al. Cancer control in Latin America and the Caribbean: recent advances and opportunities to move forward. *The Lancet Oncology*. 2021;22(11):e474-e487. doi:10.1016/s1470-2045(21)00492-7
21. Søvold L, Naslund J, Kousoulis A et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health*. 2021;9. doi:10.3389/fpubh.2021.679397
22. Latin America and the Caribbean: Impact Of COVID-19. 23rd ed. FAS Project on Government Secrecy; 2021:1-3. <https://sgp.fas.org/crs/row/IF11581.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
23. Werner A, Ivanova A, Komatsuzaki T. Latin America and Caribbean's Winding Road to Recovery. *IMFBlog*. <https://blogs.imf.org/2021/02/08/latin-america-and-caribbeans-winding-road-to-recovery/>. Publicado 2021. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
24. Hofmarcher T, Lindgren P, Wilking N, Jönsson B. The cost of cancer in Europe 2018. *Eur J Cancer*. 2020;129:41-49. doi:10.1016/j.ejca.2020.01.011
25. Costs Of Cancer. American Cancer Society Cancer Action Network; 2020. <https://www.fightcancer.org/sites/default/files/National%20Documents/Costs-of-Cancer-2020-10222020.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
26. Assessing The Burden Of Prostate Cancer In Brazil. *The Economist*; 2016. <https://impact.econ-asia.com/sites/default/files/images/Assessing%20the%20burden%20of%20Prostate%20Cancer%20in%20Brazil.pdf>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
27. Siqueira A, Gonçalves J, Mendonça P, Merhy E, Land M. Economic impact analysis of cancer in the health system of Brazil. *Health Sci J*. 2017.
28. Evaluación de los programas presupuestales de salud. Ministerio de salud; 2019. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/evaluacion_is2019_PP.pdf. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
29. Presupuesto aprobado para el Registro Nacional de Cáncer. Juntos Contra el Cáncer. <https://juntoscontraelcancer.mx/2019/02/27/presupuesto-aprobado-para-el-registro-nacional-de-cancer/>. Publicado 2018. Acceso: 3 de diciembre de 2021.
30. Cid C, Herrera C, Rodríguez R, Bastías G, Jiménez J. Impacto económico del cáncer en Chile. *MedWave*. 2015;16(7):e6509. doi: 10.5867/medwave.2016.07.6509
31. Aprobado el presupuesto general de la nación. Consultor Salud Colombia; 2020. <https://consultorsalud.com/aprobado-el-presupuesto-general-de-la-nacion/#:~:text=%2436%2C05%20billones%20para%20la%20salud%20%E2%80%93%20Aprobado%20el,Presupuesto%20General%20de%20la%20Naci%C3%B3n>. Acceso: 3 de diciembre de 2021.

ANEXO 1

TABLAS DE PAÍSES PARA LA ENCUESTA A MÉDICOS

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para Brasil



Tabla 3. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)				
Disrupción de la atención habitual					
No afectados	0 (0)				
Levemente afectados	4 (16)				
Moderadamente afectados	17 (68)				
Severamente afectados	4 (16)				
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual					
Cuarentenas / restricciones para viajar	1				
Medidas preventivas	2				
Otras (miedo al contagio)	3				
Saturación del sistema de salud	4				
Escasez de personal debido a los contagios	5				
Falta de acceso a los medicamentos	6				
Cierre del centro					
No, permaneció completamente abierto	9 (36)				
No, pero con una carga de trabajo reducida	1 (4)				
No, pero con una carga de trabajo reducida solo durante los picos	10 (40)				
Sí, cerrado parcialmente	4 (16)				
Sí, cerrado totalmente	1 (4)				
Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	N/A
Cirugía	3	3	9	10	0
Radioterapia	14	3	4	1	3
Quimioterapia	15	4	3	0	3
Inmunoterapia	14	4	2	1	4
Terapia hormonal	18	2	1	0	4
Terapia dirigida	17	1	3	0	4
Trasplante de células madre	6	1	1	4	13
Cuidados paliativos	13	3	3	2	4
Tratamientos complementarios	7	7	6	2	3
Diagnóstico	4	2	13	6	0

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo; N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 4. Tendencias epidemiológicas

Problema		Cant.(%)				
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	13	2	2	0	1	6
Disminución	0	8	13	1	1	2
Cambio en # de nuevos casos de cáncer sept. 2020-presente (límite: septiembre de 2021)						
Aumento	5	8	7	2	1	2
Disminución	9	3	4	0	0	8
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia					Cant. (%)	
1-2 meses					4 (16)	
3-4 meses					5 (20)	
5-6 meses					8 (32)	
> 6 meses					7 (28)	
Sin cambio					0 (0)	
N/A					1 (4)	
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No					2 (8)	
Sí					23 (92)	
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%					3 (12)	
1- 10%					7 (28)	
11-25%					3 (12)	
26-50%					4 (16)	
51-75%					1 (4)	
>75%					0 (0)	
N/A					7 (28)	
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%					4 (16)	
1-10%					8 (32)	
11-25%					2 (8)	
26-50%					3 (12)	
51-75%					2 (8)	
>75%					0 (0)	
N/A					6 (24)	

Cant. Cantidad N/A: no corresponde

Tabla 5. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	1	7	4	5	2	6
Colonoscopia	0	2	4	6	6	7
Prueba de PSA	3	5	3	3	0	11
TC de tórax	3	6	2	4	0	10
Biopsias/estudios de patología	3	6	5	5	2	4
Programas y actividades de prevención						N° (%)
Reducción de las actividades de prevención						17 (68)
Sin cambio						0 (0)
N/A						8 (32)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 6. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de consultas presenciales y reemplazo por consultas virtuales (telemedicina)	6 (24)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	17 (68)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	1 (4)
Cancelación de todas las visitas	0 (0)
N/A	1 (4)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	23 (92)
No	1 (4)
N/A	1 (4)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	15 (60)
No	8 (32)
N/A	2 (8)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	24 (96)
No	1 (4)
N/A	0 (0)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	11 (44)
No	10 (40)
N/A	4 (16)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	17 (68)
No	6 (24)
N/A	2 (8)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	0 (0)
Pase a virtual	17 (68)
Virtuales y presenciales	0 (0)
Sin cambio	0 (0)
N/A	8 (32)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	15 (60)
No	0 (0)
No sabe	5 (20)
N/A	5 (20)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 7. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	1 (4)
1- 30%	17 (68)
31- 60%	3 (12)
61- 90%	2 (8)
>90%	0 (0)
N/A	2 (8)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: septiembre de 2021)	
0%	3 (12)
1- 30%	17 (68)
31- 60%	0 (0)
61- 90%	0 (0)
>90%	1 (4)
N/A	4 (16)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	6 (24)
1- 25%	15 (60)
26- 50%	4 (16)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	12 (48)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	2 (8)
Se desconoce el motivo	0 (0)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	6 (24)
N/A	5 (20)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	12 (48)
No	6 (24)
N/A	7 (28)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	8 (32)
1- 25%	10 (40)
26- 50%	1 (4)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	6 (24)

La tabla 7 continúa en la siguiente página

Tabla 7. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	9 (36)
11- 25%	9 (36)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	2 (8)
>75%	1 (4)
N/A	4 (16)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	2 (8)
1- 25%	16 (64)
26- 50%	2 (8)
51- 75%	0 (0)
>75%	1 (4)
N/A	4 (16)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	2 (8)
No	15 (60)
N/A	8 (32)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	2 (8)
1- 25%	15 (60)
26- 50%	2 (8)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	6 (24)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	1 (4)
Sí, en el sistema privado	7 (28)
Sí, en el sistema público y privado	11 (44)
No	2 (8)
N/A	4 (16)

La tabla 7 continúa en la siguiente página

Tabla 7. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SoC al posponer la cirugía	
0%	2 (8)
1- 25%	14 (56)
26- 50%	2 (8)
51- 75%	0 (0)
>75%	1 (4)
N/A	6 (24)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	9 (36)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	4 (16)
Si, por ambos motivos	11 (44)
No	1 (4)
Desvío de las GPC o el SoC al posponer la radioterapia	
0%	4 (16)
1- 25%	13 (52)
26- 50%	1 (4)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	7 (28)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 8. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	19 (76)
No	2 (8)
N/A	4 (16)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	16 (64)
No	7 (28)
N/A	2 (8)
Falta de EPP en el centro	
Sí	6 (24)
No	19 (76)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	23 (92)
No	1 (4)
Prefiere no contestar	1 (4)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	25 (100)
No	0 (0)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	2 (8)
Febrero de 2021	3 (12)
Marzo de 2021	4 (16)
Abril de 2021	3 (12)
Mayo de 2021	5 (20)
Junio de 2021	0 (0)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	5 (20)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	3 (12)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 9. Impacto económico

Problema		Cant. (%)				
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos						
Sí, de la institución		3 (12)				
Sí, de las compañías de seguros		1 (4)				
Sí, de la institución Y las compañías de seguros		0 (0)				
No		19 (76)				
Prefiere no contestar		2 (8)				
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud						
Sí, aumento		1 (4)				
Sí, reducción		2 (8)				
No		9 (36)				
No sabe		11 (44)				
N/A		2 (8)				
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)						
Sí, aumento		1 (4)				
Sí, reducción		3 (12)				
No		4 (16)				
No sabe		13 (52)				
N/A		4 (16)				
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia						
Sí, significativo		12 (48)				
Sí, moderado		8 (32)				
Sí, leve		4 (16)				
No		1 (4)				
Preparación del sistema de salud para un aumento de los pacientes oncológicos		V	M	L	N	N/A
Asignación de presupuesto a la atención del cáncer		1	2	5	15	2
Disponibilidad del personal de salud		1	5	6	11	2
Disponibilidad de instalaciones especializadas		3	3	8	9	2
El gobierno ha anunciado un plan de acción para abordar la mayor carga oncológica						
Sí		0 (0)				
No		20 (80)				
No sabe		5 (20)				

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; V: muy preparado; M: moderadamente preparado; L: levemente preparado; N: nada

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para Colombia



Tabla 10. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)
Disrupción de la atención habitual	
No afectados	0 (0)
Levemente afectados	4 (15)
Moderadamente afectados	17 (65)
Severamente afectados	5 (19)
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual	
Falta de acceso a los medicamentos	1
Escasez de personal debido a los contagios	2
Otras (por ej., miedo al contagio)	3
Medidas preventivas	4
Cuarentenas / restricciones para viajar	5
Saturación del sistema de salud	6
Cierre del centro	
No, permaneció completamente abierto	12 (46)
No, pero con una carga de trabajo reducida	6 (23)
No, pero con una carga de trabajo reducida durante los picos	6 (23)
Sí, cerrado parcialmente	2 (7,8)
Sí, cerrado totalmente	0 (0)

Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	NA
Cirugía	0	1	15	10	0
Radioterapia	6	7	8	0	5
Quimioterapia	6	10	7	0	3
Inmunoterapia	7	8	4	1	6
Terapia hormonal	9	8	4	0	5
Terapia dirigida	8	7	4	1	6
Trasplante de células madre	2	3	6	4	11
Cuidados paliativos	7	8	8	0	3
Tratamientos complementarios	4	6	11	3	2
Diagnóstico	3	8	10	3	2

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 11. Tendencias epidemiológicas

Problema		Cant.(%)				
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)		0%	1- 25%	26- 50%	51- 75%	>75%
Aumento		7	9	2	1	0
Disminución		3	7	4	1	0
Cambio en la cantidad de nuevos pacientes oncológicos (septiembre de 2020-presente) (Límite: septiembre de 2021)						
Aumento		6	9	1	3	0
Disminución		5	9	0	0	1
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia		Cant. (%)				
1-2 meses		5 (19)				
3-4 meses		4 (15)				
5-6 meses		4 (15)				
> 6 meses		8 (31)				
Sin cambio		2 (8)				
N/A		3 (12)				
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No		3 (12)				
Sí		23 (88)				
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%		1 (4)				
1- 10%		5 (19)				
11- 25%		11 (42)				
26- 50%		3 (12)				
51- 75%		1 (4)				
>75%		0 (0)				
N/A		5 (19)				
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%		0 (0)				
1- 10%		8 (31)				
11- 25%		7 (27)				
26- 50%		3 (12)				
51- 75%		2 (8)				
>75%		0 (0)				
N/A		6 (23)				

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 12. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	0	10	7	2	2	5
Colonoscopia	0	6	4	3	3	10
Prueba de PSA	0	6	2	1	0	17
TC de tórax	0	10	4	1	1	10
Biopsias/estudios de patología	0	11	6	2	1	6
Programas y actividades de prevención	N° (%)					
Reducción de las actividades de prevención	17 (65)					
Sin cambio	5 (19)					
N/A	4 (15)					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 13. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	6 (23)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	18 (69)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	1 (4)
Cancelación de todas las visitas	0 (0)
N/A	1 (4)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	19 (73)
No	6 (23)
N/A	1 (4)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	21 (81)
No	4 (15)
N/A	1 (4)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	14 (54)
No	8 (31)
N/A	4 (15)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	15 (58)
No	9 (35)
N/A	2 (8)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	24 (92)
No	1 (4)
N/A	1 (4)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	0 (0)
Pase a virtual	18 (69)
Virtuales y presenciales	3 (12)
Sin cambio	3 (12)
N/A	2 (8)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	18 (69)
No	2 (8)
No sabe	4 (15)
N/A	2 (8)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 14. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	0 (0)
1- 30%	16 (62)
31- 60%	6 (23)
61- 90%	0 (0)
>90%	1 (4)
N/A	3 (12)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: sept. 2021)	
0%	2 (8)
1- 30%	15 (57)
31- 60%	5 (19)
61- 90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	3 (12)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	5 (19)
1- 25%	19 (73)
26- 50%	2 (8)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	12 (46)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	0 (0)
Se desconoce el motivo	4 (15)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	6 (23)
N/A	4 (15)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	14 (54)
No	8 (31)
N/A	4 (15)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	4 (15)
1- 25%	12 (46)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	10 (38)

La tabla 14 continúa en la siguiente página

Tabla 14. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	11 (42)
11- 25%	3 (12)
26- 50%	3 (12)
51- 75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	8 (31)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	1 (4)
1- 25%	16 (62)
26- 50%	4 (15)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	5 (19)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	1 (4)
No	11 (42)
N/A	14 (54)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	2 (8)
1- 25%	11 (42)
26- 50%	1 (4)
51- 75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	11 (42)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	2 (8)
Sí, en el sistema privado	1 (4)
Sí, en el sistema público y privado	5 (19)
No	8 (31)
N/A	10 (38)

La tabla 14 continúa en la siguiente página

Tabla 14. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las guías de práctica clínica o del estándar de atención al posponer la cirugía	
0%	2 (8)
1- 25%	18 (69)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	5 (19)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	4 (15)
1- 25%	9 (35)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	12 (46)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	6 (23)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	5 (19)
Sí, por ambos motivos	10 (38)
No	5 (19)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 15. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	21 (81)
No	4 (15)
N/A	1 (4)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	23 (88)
No	3 (12)
N/A	0 (0)
Falta de EPP en el centro	
Sí	3 (12)
No	23 (88)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	24 (92)
No	2 (8)
Prefiere no contestar	0 (0)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	26 (100)
No	0 (0)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	0 (0)
Febrero de 2021	5 (19)
Marzo de 2021	7 (27)
Abril de 2021	5 (19)
Mayo de 2021	5 (19)
Junio de 2021	1 (4)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	2 (8)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	1 (4)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 16. Impacto económico

Problema	Cant. (%)
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos	
Sí, de la institución	1 (4)
Sí, de las compañías de seguros	1 (4)
Sí, de la institución Y las compañías de seguros	1 (4)
No	20 (77)
Prefiere no contestar	3 (12)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud	
Sí, aumento	3 (12)
Sí, reducción	4 (16)
No	7 (27)
No sabe	8 (31)
N/A	4 (15)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)	
Sí, aumento	1 (4)
Sí, reducción	2 (8)
No	10 (38)
No sabe	10 (38)
N/A	3 (12)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para Ecuador



Tabla 17. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)
Disrupción de la atención habitual	
No afectados	2 (4)
Levemente afectados	9 (20)
Moderadamente afectados	25 (54)
Severamente afectados	10 (22)
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual	
Saturación del sistema de salud	1
Medidas preventivas	2
Cuarentenas / restricciones para viajar	3
Falta de acceso a los medicamentos	4
Escasez de personal debido a los contagios	5
Otras (por ej., miedo al contagio)	6
Cierre del centro	
No, permaneció completamente abierto	9 (20)
No, pero con una carga de trabajo reducida	16 (35)
No, pero con una carga de trabajo reducida solo durante los picos	7 (15)
Sí, cerrado parcialmente	12 (26)
Sí, cerrado totalmente	2 (4)

Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	NA
Cirugía	1	7	14	19	5
Radioterapia	5	6	10	9	15
Quimioterapia	7	9	20	8	2
Inmunoterapia	4	8	11	11	12
Terapia hormonal	17	12	7	6	4
Terapia dirigida	10	9	15	6	6
Trasplante de células madre	2	0	5	9	29
Cuidados paliativos	3	15	21	6	1
Tratamientos complementarios	3	8	20	12	3
Diagnóstico	3	8	21	13	1

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 18. Tendencias epidemiológicas

Problema		Cant.(%)				
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)		0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75% N/A
Aumento		10	18	4	3	1 9
Disminución		3	18	11	4	2 6
Cambio en # de nuevos casos de cáncer sept. 2020-presente (límite: septiembre de 2021)						
Aumento		6	20	6	6	2 4
Disminución		9	14	13	1	1 6
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia		Cant. (%)				
1-2 meses		6 (13)				
3-4 meses		13 (28)				
5-6 meses		14 (30)				
> 6 meses		11 (24)				
Sin cambio		2 (4)				
N/A		0 (0)				
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No		2 (4)				
Sí		44 (96)				
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%		1 (2)				
1- 10%		10 (22)				
11- 25%		16 (35)				
26- 50%		8 (17)				
51- 75%		6 (13)				
>75%		2 (4)				
N/A		3 (7)				
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%		2 (4)				
1- 10%		6 (13)				
11- 25%		15 (33)				
26- 50%		12 (26)				
51- 75%		5 (11)				
>75%		5 (11)				
N/A		1 (2)				

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 19. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Disminución de tamizaje de cáncer	0	8	13	10	7	8
Mamografía	0	4	12	10	10	5
Colonoscopia	3	10	12	9	4	2
Prueba de PSA	4	9	11	10	5	4
TC de tórax	1	6	13	14	4	7
Biopsias/estudios de patología						
Programas y actividades de prevención						N° (%)
Reducción de las actividades de prevención						38 (83)
Sin cambio						7 (15)
N/A						1 (2)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 20. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	13 (28)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	24 (52)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	8 (17)
Cancelación de todas las visitas	0 (0)
N/A	1 (2)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	32 (70)
No	13 (28)
N/A	1 (2)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	42 (91)
No	4 (9)
N/A	0
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	35 (76)
No	11 (24)
N/A	0
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	31 (67)
No	15 (33)
N/A	0 (0)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	40 (87)
No	3 (7)
N/A	3 (7)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	12 (27)
Pase a virtual	14 (31)
Virtuales y presenciales	13 (29)
Sin cambio	2 (4)
N/A	4 (9)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	29 (63)
No	5 (11)
No sabe	5 (11)
N/A	7 (15)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 21. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	1 (2)
1- 30%	22 (48)
31- 60%	17 (37)
61- 90%	4 (8)
>90%	1 (2)
N/A	1 (2)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente)(límite: sept. 2021)	
0%	4 (9)
1- 30%	33 (72)
31- 60%	8 (18)
61- 90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	0 (0)
1- 25%	32 (70)
26- 50%	9 (20)
51- 75%	3 (7)
>75%	2 (4)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	35 (76)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	1 (2)
Se desconoce el motivo	1 (2)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	9 (19)
N/A	0 (0)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	27 (59)
No	17 (37)
N/A	2 (4)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	7 (15)
1- 25%	23 (50)
26- 50%	6 (13)
51- 75%	1 (2)
>75%	1 (2)
N/A	8 (17)

La tabla 21 continúa en la siguiente página

Tabla 21. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	7 (16)
11- 25%	14 (31)
26- 50%	11 (24)
51- 75%	6 (13)
>75%	2 (4)
N/A	5 (11)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	1 (2)
1- 25%	32 (70)
26- 50%	7 (15)
51- 75%	4 (9)
>75%	1 (2)
N/A	1 (2)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	11 (24)
No	28 (61)
N/A	7 (15)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	2 (4)
1- 25%	27 (59)
26- 50%	7 (15)
51- 75%	2 (4)
>75%	0 (0)
N/A	8 (17)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	17 (37)
Sí, en el sistema privado	0 (0)
Sí, en el sistema público y privado	20 (43)
No	6 (13)
N/A	3 (7)

La tabla 21 continúa en la siguiente página

Tabla 21. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SoC al posponer la cirugía	
0%	2 (4)
1- 25%	30 (65)
26- 50%	7 (15)
51- 75%	4 (9)
>75%	0 (0)
N/A	3 (7)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	3 (7)
1- 25%	24 (52)
26- 50%	5 (11)
51- 75%	2 (4)
>75%	3 (7)
N/A	9 (20)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	19 (41)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	4 (9)
Si, por ambos motivos	21 (46)
No	2 (4)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 22. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	44 (96)
No	2 (4)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	38 (83)
No	8 (17)
N/A	0 (0)
Falta de EPP en el centro	
Sí	14 (13)
No	32 (87)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	42 (91)
No	3 (7)
Prefiere no contestar	1 (2)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	45 (98)
No	1 (2)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	4 (9)
Febrero de 2021	4 (9)
Marzo de 2021	8 (17)
Abril de 2021	14 (30)
Mayo de 2021	8 (17)
Junio de 2021	2 (4)
Julio de 2021	5 (11)
No disponibles	0 (0)
No sabe	0 (0)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	1 (2)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 23. Impacto económico

Problema					Cant. (%)				
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos									
Sí, de la institución					11 (24)				
Sí, de las compañías de seguros					1 (2)				
Sí, de la institución Y las compañías de seguros					6 (13)				
No					20 (43)				
Prefiere no contestar					8 (17)				
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud									
Sí, aumento					9 (20)				
Sí, reducción					22 (47)				
No					6 (13)				
No sabe					6 (13)				
N/A					3 (7)				
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)									
Sí, aumento					7 (15)				
Sí, reducción					29 (63)				
No					4 (9)				
No sabe					4 (9)				
N/A					2 (4)				
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia									
Sí, significativo					22 (48)				
Sí, moderado					16 (35)				
Sí, leve					7 (15)				
No					1 (2)				
Preparación del sistema de salud para un aumento de los pacientes oncológicos									
					V	M	L	N	N/A
Asignación de presupuesto a la atención del cáncer					1	5	9	29	2
Disponibilidad del personal de salud					2	14	12	15	3
Disponibilidad de instalaciones especializadas					2	10	14	18	2
El gobierno ha anunciado un plan de acción para abordar la mayor carga oncológica									
Sí					3 (7)				
No					39 (85)				
No sabe					4 (9)				

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde;

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para México



Tabla 24. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)
Disrupción de la atención habitual	
No afectados	1 (2)
Levemente afectados	9 (21)
Moderadamente afectados	22 (51)
Severamente afectados	11 (26)
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual	
Saturación del sistema de salud	1
Falta de acceso a los medicamentos	2
Escasez de personal debido a los contagios	3
Medidas preventivas	4
Cuarentenas / restricciones para viajar	5
Otras (por ej., miedo al contagio)	6
Cierre del centro	
No, permaneció completamente abierto	11 (26%)
No, pero con una carga de trabajo reducida	8 (19%)
No, pero con una carga de trabajo reducida durante los picos	9 (21%)
Sí, cerrado parcialmente	13 (30%)
Sí, cerrado totalmente	2 (5%)

Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	N/A
Cirugía	2	8	22	10	1
Radioterapia	3	11	20	5	4
Quimioterapia	3	12	11	17	0
Inmunoterapia	5	10	9	15	4
Terapia hormonal	17	10	11	2	3
Terapia dirigida	11	7	16	9	0
Trasplante de células madre	5	2	6	6	24
Cuidados paliativos	10	12	7	10	4
Tratamientos complementarios	10	12	4	15	22
Diagnóstico	6	9	11	15	1

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 25. Tendencias epidemiológicas

Problema	Cant.(%)					
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	16	11	12	1	0	3
Disminución	6	14	5	7	1	9
Cambio en # de nuevos casos de cáncer sept. 2020-presente (límite: septiembre de 2021)						
Aumento	10	22	6	1	1	3
Disminución	12	7	5	9	0	9
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia					Cant. (%)	
1-2 meses					8 (19)	
3-4 meses					17 (40)	
5-6 meses					7 (16)	
> 6 meses					8 (19)	
Sin cambio					3 (7)	
N/A					0 (0)	
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No					8 (19)	
Sí					35 (81)	
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%					2 (5)	
1- 10%					15 (35)	
11- 25%					15 (35)	
26- 50%					6 (14)	
51- 75%					3 (7)	
>75%					0 (0)	
N/A					2 (5)	
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%					0 (0)	
1- 10%					15 (35)	
11- 25%					14 (33)	
26- 50%					7 (16)	
51- 75%					3 (7)	
>75%					2 (5)	
N/A					2 (5)	

Cant. Cantidad N/A: no corresponde

Tabla 26. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	4	21	11	2	4	0
Colonoscopia	3	20	6	5	3	5
Prueba de PSA	7	23	5	1	0	6
TC de tórax	8	8	8	7	8	3
Biopsias/estudios de patología	3	13	13	9	4	0
Programas y actividades de prevención	Cant. (%)					
Reducción de las actividades de prevención	24					
Sin cambio	11					
N/A	8					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 27. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	5 (12)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	21 (49)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	13 (30)
Cancelación de todas las visitas	2 (5)
N/A	2 (5)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	18 (42)
No	21 (49)
N/A	4 (9)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	32 (74)
No	11 (26)
N/A	0 (0)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	28 (65)
No	15 (35)
N/A	0 (0)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	27 (63)
No	15 (35)
N/A	1 (2)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	27 (63)
No	16 (37)
N/A	0 (0)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	8 (18)
Pase a virtual	8 (18)
Virtuales y presenciales	8 (18)
Sin cambio	6 (14)
N/A	13 (30)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	12 (28)
No	8 (19)
No sabe	9 (21)
N/A	14 (33)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 28. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	1 (2)
1- 30%	22 (51)
31- 60%	16 (38)
61- 90%	3 (7)
>90%	1 (2)
N/A	0 (0)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: septiembre de 2021)	
0%	1 (2)
1- 30%	31 (73)
31- 60%	10 (24)
61- 90%	1 (2)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	4 (9,3)
1- 25%	28 (65,2)
26- 50%	10 (23,2)
51- 75%	1 (2,3)
>75%	0 (0)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	24 (56)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	4 (9)
Se desconoce el motivo	2 (5)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	10 (23)
N/A	3 (7)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	15 (35)
No	27 (63)
N/A	1 (2)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	12 (28)
1- 25%	20 (47)
26- 50%	6 (14)
51- 75%	1 (2)
>75%	0 (0)
N/A	4 (9)

La tabla 28 continúa en la siguiente página

Tabla 28. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	10 (23)
11- 25%	17 (40)
26- 50%	8 (19)
51- 75%	5 (12)
>75%	1 (2)
N/A	2 (5)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	5 (12)
1- 25%	23 (54)
26- 50%	9 (21)
51- 75%	4 (9)
>75%	0 (0)
N/A	2 (5)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	8 (19)
No	18 (42)
N/A	17 (40)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	9 (21)
1- 25%	25 (58)
26- 50%	5 (12)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	4 (9)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	6 (14)
Sí, en el sistema privado	3 (7)
Sí, en el sistema público y privado	13 (30)
No	14 (33)
N/A	7 (7)

La tabla 28 continúa en la siguiente página

Tabla 28. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la cirugía	
0%	6 (14)
1- 25%	27 (66)
26- 50%	4 (9)
51- 75%	3 (7)
>75%	1 (2)
N/A	2 (5)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	6 (14)
1- 25%	27 (63)
26- 50%	2 (5)
51- 75%	1 (2)
>75%	1 (2)
N/A	6 (14)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	13 (30)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	8 (19)
Sí, por ambos motivos	16 (37)
No	6 (14)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 29. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	36 (84)
No	7 (16)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	30 (70)
No	13 (30)
N/A	0 (0)
Falta de EPP en el centro	
Sí	33 (91)
No	10 (9)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	30 (70)
No	11 (26)
Prefiere no contestar	2 (5)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	42 (98)
No	1 (2)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	2 (5)
Febrero de 2021	2 (5)
Marzo de 2021	13 (30)
Abril de 2021	14 (33)
Mayo de 2021	3 (7)
Junio de 2021	2 (5)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	0 (0)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	4 (9)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 30. Impacto económico

Problema					Cant. (%)	
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos						
Sí, de la institución					9 (21)	
Sí, de las compañías de seguros					6 (14)	
Sí, de la institución Y las compañías de seguros					5 (12)	
No					17 (40)	
Prefiere no contestar					6 (14)	
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud						
Sí, aumento					3 (7)	
Sí, reducción					30 (70)	
No					5 (12)	
No sabe					4 (9)	
N/A					1 (2)	
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)						
Sí, aumento					2 (5)	
Sí, reducción					30 (72)	
No					5 (12)	
No sabe					4 (9)	
N/A					2 (5)	
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia						
Sí, significativo					13 (30,2)	
Sí, moderado					19 (44,2)	
Sí, leve					7 (16,3)	
No					4 (9,3)	
Preparación del sistema de salud para un aumento de los pacientes oncológicos						
	V	M	L	N	N/A	
Asignación de presupuesto a la atención del cáncer	1	2	10	29	1	
Disponibilidad del personal de salud	2	6	12	22	1	
Disponibilidad de instalaciones especializadas	1	5	18	18	1	
El gobierno ha anunciado un plan de acción para abordar la mayor carga oncológica						
					Cant. (%)	
Sí					3 (7)	
No					40 (93)	
No sabe					0 (0)	

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; V: muy preparado; M: moderadamente preparado; L: levemente preparado; N: nada

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para Perú



Tabla 31. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)				
Disrupción de la atención habitual					
No afectados	0 (0)				
Levemente afectados	2 (10)				
Moderadamente afectados	10 (52)				
Severamente afectados	7 (36)				
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual					
Cuarentenas / restricciones para viajar	1				
Saturación del sistema de salud	2				
Medidas preventivas	3				
Escasez de personal debido a los contagios	4				
Otras (por ej., miedo al contagio)	5				
Falta de acceso a los medicamentos	6				
Cierre del centro					
No, permaneció completamente abierto	1 (5)				
No, pero con una carga de trabajo reducida	11 (58)				
No, pero con una carga de trabajo reducida durante los picos	3 (16)				
Sí, cerrado parcialmente	4 (21)				
Sí, cerrado totalmente	0 (0)				
Gravedad de la disrupción por área					
	N	L	M	Se	N/A
Cirugía	0	0	6	13	0
Radioterapia	0	2	13	3	1
Quimioterapia	4	5	9	1	0
Inmunoterapia	4	3	6	3	3
Terapia hormonal	6	4	9	0	0
Terapia dirigida	5	5	6	1	2
Trasplante de células madre	0	0	6	8	5
Cuidados paliativos	2	3	9	5	0
Tratamientos complementarios	1	1	7	10	0
Diagnóstico	0	1	11	7	0

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 32. Tendencias epidemiológicas

Problema	Cant.(%)					
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	8	2	1	4	0	3
Disminución	0	5	6	4	0	4
Cambio en # de nuevos casos de cáncer sept. 2020-presente (límite: septiembre de 2021)						
Aumento	4	5	4	3	0	3
Disminución	2	7	6	0	0	4
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia	Cant. (%)					
1-2 meses	0 (0)					
3-4 meses	3 (16)					
5-6 meses	5 (26)					
> 6 meses	11 (58)					
Sin cambio	0 (0)					
N/A	0 (0)					
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No	0 (0)					
Sí	19 (100)					
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%	0 (0)					
1- 10%	4 (21)					
11- 25%	6 (32)					
26- 50%	8 (42)					
51- 75%	0 (0)					
>75%	1 (5)					
N/A	0 (0)					
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%	0 (0)					
1- 10%	1 (5)					
11- 25%	10 (52)					
26- 50%	6 (32)					
51- 75%	2 (11)					
>75%	0 (0)					
N/A	0 (0)					

Cant. Cantidad N/A: no corresponde

Tabla 33. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	1	3	7	5	3	0
Colonoscopia	0	2	6	5	4	2
Prueba de PSA	1	11	4	0	1	2
TC de tórax	0	9	4	3	2	1
Biopsias/estudios de patología	0	6	7	5	1	0
Programas y actividades de prevención	N° (%)					
Reducción de las actividades de prevención	19 (100)					
Sin cambio	0 (0)					
N/A	0 (0)					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 34. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	5 (26)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	13 (69)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	1 (5)
Cancelación de todas las visitas	0 (0)
N/A	0 (0)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	18 (95)
No	1 (5)
N/A	0 (0)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	19 (100)
No	0 (0)
N/A	0 (0)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	13 (68)
No	6 (32)
N/A	0 (0)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	15 (79)
No	2 (11)
N/A	2 (11)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	19 (100)
No	0 (0)
N/A	0 (0)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	5 (26)
Pase a virtual	11 (58)
Virtuales y presenciales	3 (16)
Sin cambio	0 (0)
N/A	0 (0)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	17 (90)
No	1 (5)
No sabe	1 (5)
N/A	0 (0)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 35. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	0 (0)
1- 30%	7 (37)
31- 60%	8 (42)
61- 90%	4 (21)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: septiembre de 2021)	
0%	1 (5)
1- 30%	10 (53)
31- 60%	8 (42)
61- 90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	0 (0)
1- 25%	13 (68)
26- 50%	3 (16)
51- 75%	3 (16)
>75%	0 (0)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	14 (74)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	0 (0)
Se desconoce el motivo	0 (0)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	5 (26)
N/A	0 (0)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	13 (69)
No	5 (26)
N/A	1 (5)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	1 (5)
1- 25%	12 (63)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	2 (11)
>75%	0 (0)
N/A	4 (21)

La tabla 35 continúa en la siguiente página

Tabla 35. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	3 (16)
11- 25%	8 (42)
26- 50%	3 (16)
51- 75%	4 (21)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	0 (0)
1- 25%	11 (58)
26- 50%	6 (32)
51- 75%	1 (5)
>75%	1 (5)
N/A	0 (0)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	4 (21)
No	12 (63)
N/A	3 (16)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	0 (0)
1- 25%	10 (53)
26- 50%	4 (21)
51- 75%	4 (21)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	3 (16)
Sí, en el sistema privado	0 (0)
Sí, en el sistema público y privado	4 (21)
No	11 (58)
N/A	1 (5)

La tabla 35 continúa en la siguiente página

Tabla 35. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SoC al posponer la cirugía	
0%	2 (11)
1- 25%	10 (53)
26- 50%	4 (21)
51- 75%	3 (16)
>75%	0 (0)
N/A	0 (0)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	2 (11)
1- 25%	11 (58)
26- 50%	4 (21)
51- 75%	1 (5)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	13 (52)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	10 (53)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	3 (16)
Si, por ambos motivos	6 (32)
No	0 (0)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 36. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	18 (95)
No	1 (5)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	16 (84)
No	2 (11)
N/A	1 (5)
Falta de EPP en el centro	
Sí	14 (86)
No	5 (14)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	18 (95)
No	1 (5)
Prefiere no contestar	0 (0)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	19 (100)
No	0 (0)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	0 (0)
Febrero de 2021	1 (5)
Marzo de 2021	0 (0)
Abril de 2021	1 (5)
Mayo de 2021	7 (37)
Junio de 2021	7 (37)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	1 (5)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	0 (0)
N/A	2 (11)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 37. Impacto económico

Problema					Cant. (%)		
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos							
Sí, de la institución					5 (26)		
Sí, de las compañías de seguros					3 (16)		
Sí, de la institución Y las compañías de seguros					1 (5)		
No					10 (53)		
Prefiere no contestar					0 (0)		
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud							
Sí, aumento					2 (11)		
Sí, reducción					13 (68)		
No					3 (16)		
No sabe					1 (5)		
N/A					0 (0)		
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)							
Sí, aumento					2 (10)		
Sí, reducción					14 (75)		
No					2 (10)		
No sabe					1 (5)		
N/A					0 (0)		
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia							
Sí, significativo					12 (63)		
Sí, moderado					6 (32)		
Sí, leve					1 (5)		
No					0 (0)		
Preparación del sistema de salud para un aumento de los pacientes oncológicos			V	M	L	N	N/A
Asignación de presupuesto a la atención del cáncer			1	4	8	6	0
Disponibilidad del personal de salud			1	6	5	7	0
Disponibilidad de instalaciones especializadas			1	5	4	9	0
El gobierno ha anunciado un plan de acción para abordar la mayor carga oncológica							
Sí					4 (21)		
No					14 (74)		
No sabe					1 (5)		

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; V: muy preparado; M: moderadamente preparado; L: levemente preparado; N: nada

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para América Central



Tabla 38. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)
Disrupción de la atención habitual	
No afectados	1 (2)
Levemente afectados	11 (28)
Moderadamente afectados	23 (58)
Severamente afectados	4 (12)
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual	
Saturación del sistema de salud	1
Medidas preventivas	2
Cuarentenas / restricciones para viajar	3
Escasez de personal debido a los contagios	4
Otras (por ej., miedo al contagio)	5
Falta de acceso a los medicamentos	6
Cierre del centro	
No, permaneció completamente abierto	9 (23)
No, pero con una carga de trabajo reducida	16 (41)
No, pero con una carga de trabajo reducida durante los picos	7 (18)
Sí, cerrado parcialmente	6 (15)
Sí, cerrado totalmente	1 (3)

Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	NA
Cirugía	2	9	14	11	3
Radioterapia	5	13	13	0	8
Quimioterapia	10	13	10	2	4
Inmunoterapia	11	14	7	2	5
Terapia hormonal	18	11	2	1	7
Terapia dirigida	13	8	9	1	8
Trasplante de células madre	3	5	5	4	23
Cuidados paliativos	8	8	14	5	4
Tratamientos complementarios	4	11	15	6	3
Diagnóstico	5	9	14	11	0

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 39. Tendencias epidemiológicas

Problema	Cant.(%)					
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)	0%	1- 25%	26- 50%	51- 75%	>75%	N/A
Aumento	9	14	8	2	0	6
Disminución	8	12	4	0	0	13
Cambio en la cantidad de nuevos pacientes oncológicos (septiembre de 2020-presente) (Límite: septiembre de 2021)						
Aumento	7	17	9	3	0	3
Disminución	11	11	3	1	0	12
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia	Cant. (%)					
1-2 meses	6 (15)					
3-4 meses	8 (21)					
5-6 meses	13 (33)					
> 6 meses	7 (18)					
Sin cambio	5 (13)					
N/A	0 (0)					
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No	0 (0)					
Sí	39 (100)					
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%	2 (5)					
1- 10%	11 (28)					
11- 25%	11 (28)					
26- 50%	7 (18)					
51- 75%	0 (0)					
>75%	0 (0)					
N/A	8 (21)					
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%	4 (11)					
1- 10%	7 (18)					
11- 25%	13 (34)					
26- 50%	7 (18)					
51- 75%	2 (5)					
>75%	1 (3)					
N/A	4 (11)					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 40. Tamizaje y prevención

Problema	Cant.(%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	1	22	5	4	1	6
Colonoscopia	0	15	3	6	2	13
Prueba de PSA	5	18	2	0	0	14
TC de tórax	7	13	3	1	1	14
Biopsias/estudios de patología	2	23	6	2	0	6
Programas y actividades de prevención	N° (%)					
Reducción de las actividades de prevención	22 (57)					
Sin cambio	6 (15)					
N/A	11 (28)					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 41. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	6 (15)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	24 (61)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	5 (13)
Cancelación de todas las visitas	3 (8)
N/A	1 (3)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	25 (64)
No	9 (23)
N/A	5 (13)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	26 (68)
No	9 (23)
N/A	4 (11)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	33 (84)
No	1 (3)
N/A	5 (13)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	21 (54)
No	15 (38)
N/A	3 (8)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	36 (92)
No	2 (5)
N/A	1 (3)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	2 (5)
Pase a virtual	24 (62)
Virtuales y presenciales	9 (23)
Sin cambio	2 (5)
N/A	2 (5)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	32 (82)
No	5 (13)
No sabe	2 (5)
N/A	0

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 42. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	3 (8)
1- 30%	21 (54)
31- 60%	11 (28)
61- 90%	2 (5)
>90%	0 (0)
N/A	2 (5)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: septiembre de 2021)	
0%	12 (31)
1- 30%	20 (51)
31- 60%	5 (13)
61- 90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	2 (5)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	6 (15)
1- 25%	27 (70)
26- 50%	5 (13)
51- 75%	0 (0)
>75%	1 (2)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	20 (54)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	1 (3)
Se desconoce el motivo	1 (3)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	13 (35)
N/A	2 (5)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	18 (46)
No	15 (39)
N/A	6 (15)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	9 (23)
1- 25%	15 (39)
26- 50%	0 (0)
51- 75%	1 (2)
>75%	0 (0)
N/A	14 (36)

La tabla 42 continúa en la siguiente página

Tabla 42. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	7 (18)
11- 25%	14 (36)
26- 50%	5 (13)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	13 (33)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	4 (10)
1- 25%	24 (62)
26- 50%	3 (8)
51- 75%	2 (5)
>75%	0 (0)
N/A	6 (15)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	2 (5)
No	16 (41)
N/A	21 (54)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	1 (3)
1- 25%	15 (38)
26- 50%	5 (13)
51- 75%	1 (3)
>75%	0 (0)
N/A	17 (43)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	8 (22)
Sí, en el sistema privado	0 (0)
Sí, en el sistema público y privado	8 (22)
No	11 (31)
N/A	9 (25)

La tabla 42 continúa en la siguiente página

Tabla 42. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la cirugía	
0%	4 (10)
1- 25%	23 (59)
26- 50%	3 (8)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	9 (23)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	7 (18)
1- 25%	19 (48)
26- 50%	1 (3)
51- 75%	1 (3)
>75%	0 (0)
N/A	11 (28)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	7 (18)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	9 (23)
Si, por ambos motivos	19 (49)
No	4 (10)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 43. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	33 (85)
No	6 (15)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	28 (72)
No	9 (23)
N/A	2 (5)
Falta de EPP en el centro	
Sí	22 (57)
No	17 (43)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	32 (82)
No	4 (10)
Prefiere no contestar	3 (8)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	39 (100)
No	0 (0)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	3 (8)
Febrero de 2021	7 (18)
Marzo de 2021	10 (26)
Abril de 2021	14 (36)
Mayo de 2021	3 (8)
Junio de 2021	1 (2)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	1 (2)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	0 (0)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 44. Impacto económico

Problema	Cant. (%)
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos	
Sí, de la institución	7 (18)
Sí, de las compañías de seguros	1 (3)
Sí, de la institución Y las compañías de seguros	2 (5)
No	25 (64)
Prefiere no contestar	4 (10)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud	
Sí, aumento	2 (5)
Sí, reducción	12 (30)
No	7 (18)
No sabe	15 (39)
N/A	3 (8)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)	
Sí, aumento	5 (12)
Sí, reducción	10 (26)
No	10 (26)
No sabe	14 (36)
N/A	0 (0)
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia	
Sí, significativo	12 (31)
Sí, moderado	16 (41)
Sí, leve	8 (20)
No	3 (8)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; V: muy preparado; M: moderadamente preparado; L: levemente preparado; N: nada

Anexo 1 → Tablas de países para la Encuesta a Médicos

Tablas para el Cono Sur



Tabla 45. Interrupción de la atención del cáncer

Problema	Cant. (%)
Disrupción de la atención habitual	
No afectados	6 (9)
Levemente afectados	24 (35)
Moderadamente afectados	30 (44)
Severamente afectados	8 (12)
Orden de los motivos de la disrupción de la atención habitual	
Medidas preventivas	1
Cuarentenas / restricciones para viajar	2
Saturación del sistema de salud	3
Otras (por ej., miedo al contagio)	4
Escasez de personal debido a los contagios	5
Falta de acceso a los medicamentos	6
Cierre del centro	
No, permaneció completamente abierto	27 (39)
No, pero con una carga de trabajo reducida	26 (38)
No, pero con una carga de trabajo reducida durante los picos	9 (13)
Sí, cerrado parcialmente	6 (9)
Sí, cerrado totalmente	0 (0)

Gravedad de la disrupción por área	N	L	M	Se	N/A
Cirugía	5	16	25	21	1
Radioterapia	17	23	14	3	11
Quimioterapia	39	15	11	0	3
Inmunoterapia	34	14	8	3	9
Terapia hormonal	47	14	1	0	6
Terapia dirigida	36	19	5	2	6
Trasplante de células madre	5	3	6	3	53
Cuidados paliativos	23	20	15	5	6
Tratamientos complementarios	9	19	19	17	4
Diagnóstico	2	27	28	10	1

N: no; L: Leve; M: Moderado; Se: Severo, N/A: No corresponde; Cant. Cantidad

Tabla 46. Tendencias epidemiológicas

Problema		Cant. (%)				
Cambio en # de nuevos casos de cáncer (marzo-agosto 2020)		0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75% N/A
Aumento		23	22	3	2	3 16
Disminución		24	20	3	2	1 16
Cambio en # de nuevos casos de cáncer sept. 2020-presente (límite: septiembre de 2021)						
Aumento		15	26	11	4	2 10
Disminución		30	14	4	0	0 20
Demoras en el diagnóstico del cáncer debido a la pandemia		Cant. (%)				
1-2 meses		7 (10)				
3-4 meses		12 (18)				
5-6 meses		17 (25)				
> 6 meses		29 (43)				
Sin cambio		3 (4)				
N/A		0				
Aumento en casos de enfermedad avanzada al momento del diagnóstico debido a la pandemia						
No		6 (9)				
Sí		62 (91)				
Aumento en la mortalidad por cáncer debido a la pandemia						
0%		10 (15)				
1- 10%		17 (25)				
11- 25%		20 (29)				
26- 50%		6 (9)				
51- 75%		3 (4)				
>75%		1 (1)				
N/A		11 (16)				
Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia						
0%		8 (12)				
1- 10%		12 (18)				
11- 25%		27 (40)				
26- 50%		6 (9)				
51- 75%		4 (6)				
>75%		1 (1)				
N/A		10 (15)				

Cant. Cantidad N/A: no corresponde

Tabla 47. Tamizaje y prevención

Problema	Cant. (%)					
Disminución de tamizaje de cáncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografía	1	24	14	8	1	7
Colonoscopia	0	12	13	8	11	11
Prueba de PSA	6	25	5	3	0	16
TC de tórax	4	22	8	5	1	15
Estudios de patología	4	32	4	7	3	5
Programas y actividades de prevención	Cant. (%)					
Reducción de las actividades de prevención	50 (74)					
Sin cambio	8 (12)					
N/A	10 (15)					

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografía computada

Tabla 48. Adaptaciones de la atención remota y virtual

Problema	Cant. (%)
Consultas de pacientes ambulatorios	
Cancelación de las consultas clínicas presenciales y cambio a consultas virtuales (telemedicina)	15 (22)
Reducción de las consultas presenciales y aumento de consultas virtuales (telemedicina)	44 (65)
Continuidad de las consultas presenciales de la manera habitual	8 (12)
Cancelación de todas las visitas	0
N/A	1 (1)
Las consultas clínicas virtuales continuarán una vez terminada la pandemia	
Sí	47 (69)
No	19 (28)
N/A	2 (3)
Mayor tiempo entre consultas de seguimiento	
Sí	58 (85)
No	8 (12)
N/A	2 (3)
Realización de análisis de laboratorio cerca del domicilio del paciente	
Sí	41 (60)
No	21 (30)
N/A	6 (9)
Los pacientes se trataron en otro centro	
Sí	40 (59)
No	27 (40)
N/A	1 (1)
Disponibilidad de comités de tumores antes de la pandemia	
Sí	58 (85)
No	9 (13)
N/A	1 (1)
Impacto de la pandemia sobre los comités de tumores	
Cancelación	3 (4)
Pase a virtual	47 (69)
Virtuales y presenciales	9 (13)
Sin cambio	2 (3)
N/A	7 (10)
Los comités de tumores virtuales continuarán después de la pandemia	
Sí	40 (59)
No	14 (21)
No sabe	10 (15)
N/A	4 (6)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabla 49. Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Interrupciones en los tratamientos en 2020 (marzo-diciembre)	
0%	13 (19)
1- 30%	40 (59)
31- 60%	10 (15)
61- 90%	3 (4)
>90%	0 (0)
N/A	1 (1)
Interrupciones en los tratamientos en 2021 (enero-presente) (límite: septiembre de 2021)	
0%	21 (31)
1- 30%	38 (56)
31- 60%	5 (7)
61- 90%	1 (1)
>90%	0 (0)
N/A	3 (4)
Pacientes que abandonaron el tratamiento	
0%	24 (35)
1- 25%	40 (59)
26- 50%	4 (6)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
Motivos de haber dejado el tratamiento	
Motivos relacionados con el COVID-19 (miedo al contagio, cuarentenas, etc.)	37 (54)
Motivos no relacionados con el COVID-19 (interrupción de la cobertura médica, etc.)	2 (3)
Se desconoce el motivo	2 (3)
Motivos relacionados y no relacionados con el COVID-19	7 (10)
N/A	19 (28)
Entrega de medicamentos en el domicilio del paciente	
Sí	22 (32)
No	38 (56)
N/A	8 (12)
Reducción de ciclos de quimioterapia en __% de los pacientes	
0%	27 (40)
1- 25%	29 (43)
26- 50%	1 (1)
51- 75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	11 (16)

La tabla 49 continúa en la siguiente página

Tabla 49. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Los pacientes perdieron por lo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	33 (49)
11- 25%	18 (27)
26- 50%	5 (7)
51- 75%	2 (3)
>75%	2 (3)
N/A	8 (12)
Cambios en cualquier parte del tratamiento de los pacientes	
0%	8 (12)
1- 25%	51 (75)
26- 50%	4 (6)
51- 75%	2 (3)
>75%	1 (1)
N/A	2 (3)
Reducción del uso de G-CSF en los regímenes de quimioterapia	
Sí	2 (3)
No	54 (79)
N/A	12 (18)
Mayor uso de quimioterapia oral vs. intravenosa	
0%	10 (15)
1- 25%	37 (54)
26- 50%	5 (7)
51- 75%	1 (1)
>75%	1 (1)
N/A	14 (21)
Barreras en el acceso a los agentes orales	
Sí, en el sistema público	15 (22)
Sí, en el sistema privado	0 (0)
Sí, en el sistema público y privado	13 (19)
No	32 (47)
N/A	8 (12)

La tabla 49 continúa en la siguiente página

Tabla 49. (Continuación) Cambios e interrupciones en los tratamientos

Problema	Cant. (%)
Desvío de las GPC o el SoC al posponer la cirugía	
0%	17 (25)
1- 25%	37 (54)
26- 50%	6 (9)
51- 75%	2 (3)
>75%	1 (1)
N/A	5 (7)
Desvío de las GPC o el SOC al posponer la radioterapia	
0%	19 (28)
1- 25%	34 (50)
26- 50%	5 (7)
51- 75%	4 (6)
>75%	0 (0)
N/A	6 (9)
Daño potencial a los pacientes debido a las interrupciones de la atención	
Sí, debido a la falta de acceso a la atención del cáncer	7 (10)
Sí, debido a la falta de acceso a la atención no relacionada con el cáncer	21 (31)
Si, por ambos motivos	32 (47)
No	8 (12)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; GPC: guías de práctica clínica; C-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos; SoC: estándar de atención

Tabla 50. Diagnóstico y control de la infección de COVID-19

Problema	Cant. (%)
Pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de COVID-19	
Sí	59 (87)
No	9 (13)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados con diagnóstico de COVID-19	
Sí	55 (81)
No	11 (16)
N/A	2 (3)
Falta de EPP en el centro	
Sí	26 (38)
No	42 (62)
Miembro del departamento de oncología diagnosticado con COVID-19	
Sí	51 (75)
No	17 (25)
Prefiere no contestar	0 (0)
Recomienda vacuna contra el COVID-19 a la mayoría de los pacientes oncológicos	
Sí	68 (100)
No	0 (0)
Vacuna contra el COVID-19 disponible para los pacientes oncológicos	
Enero de 2021	5 (7)
Febrero de 2021	2 (3)
Marzo de 2021	23 (34)
Abril de 2021	14 (21)
Mayo de 2021	11 (16)
Junio de 2021	1 (1)
Julio de 2021	0 (0)
No disponibles	0 (0)
No sabe	5 (7)
Se dio prioridad a los pacientes con cáncer	7 (10)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; EPP: equipo de protección personal

Tabla 51. Impacto económico

Problema	Cant. (%)
Pedido del proveedor de planes de salud o centro de salud de implementar medidas de contención de gastos	
Sí, de la institución	6 (9)
Sí, de las compañías de seguros	5 (7)
Sí, de la institución Y las compañías de seguros	0 (0)
No	51 (75)
Prefiere no contestar	6 (9)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por centro de salud	
Sí, aumento	5 (7)
Sí, reducción	17 (25)
No	26 (38)
No sabe	18 (26)
N/A	2 (3)
Cambios en el presupuesto asignado a la atención de pacientes con cáncer por parte del gobierno (gasto público en cáncer)	
Sí, aumento	4 (6)
Sí, reducción	22 (32)
No	18 (26)
No sabe	22 (32)
N/A	2 (3)
Aumento esperado de pacientes con cáncer después de la pandemia	
Sí, significativo	35 (51)
Sí, moderado	22 (32)
Sí, leve	7 (10)
No	4 (6)
Preparación del sistema de salud para un aumento de los pacientes oncológicos	V M L N N/A
Asignación de presupuesto a la atención del cáncer	2 18 14 28 6
Disponibilidad del personal de salud	10 17 18 17 6
Disponibilidad de instalaciones especializadas	9 20 17 16 6
El gobierno ha anunciado un plan de acción para abordar la mayor carga oncológica	
Sí	5 (7)
No	57 (84)
No sabe	6 (9)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; V: muy preparado; M: moderadamente preparado; L: levemente preparado; N: nada

ANEXO 2

MODELO ECONÓMICO ESPECÍFICO

Anexo 2: Modelo económico específico

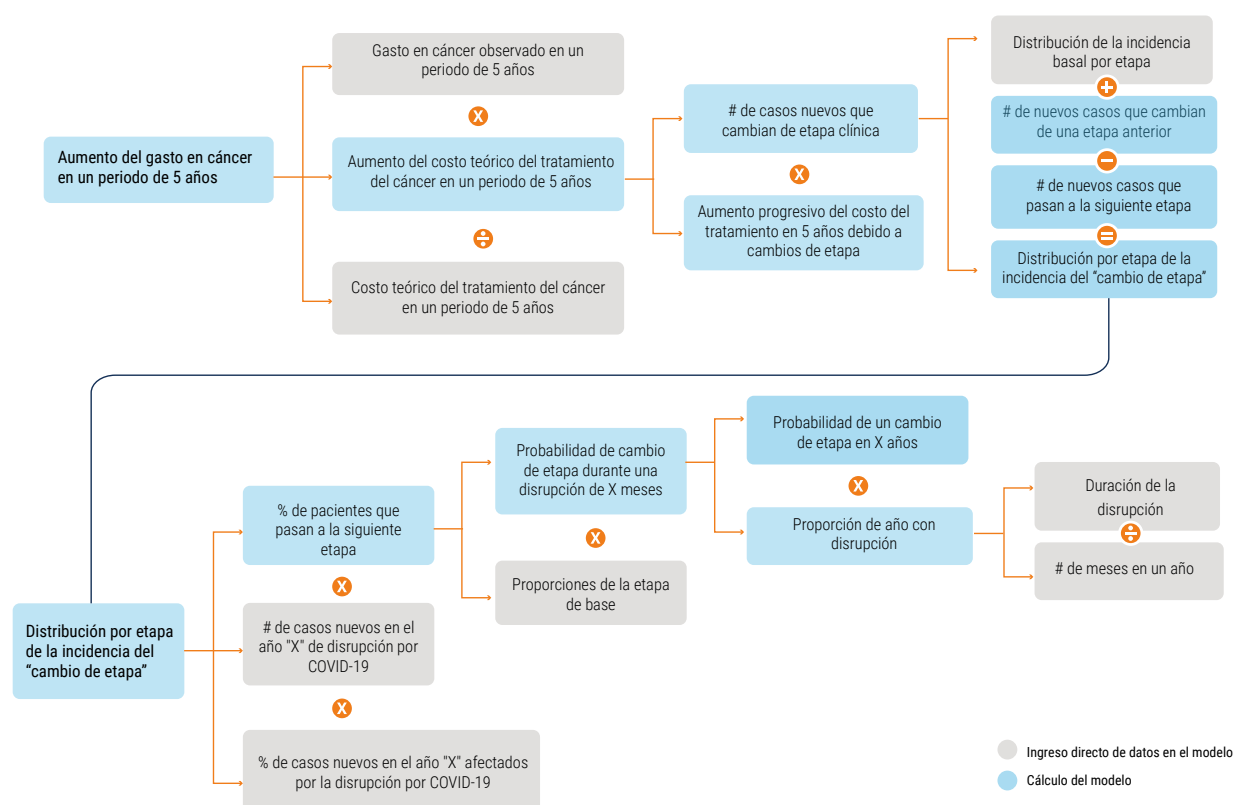
Costo de 5 años de tratamiento

El impacto económico directo sobre el gasto en salud para el cáncer se estimó utilizando el método de cálculo de cambio de etapa clínica. Las personas con cáncer corren el riesgo de cambiar la etapa clínica si demoran o interrumpen la terapia debido al COVID-19 y, en general, las etapas más avanzadas son más costosas en cuanto al tratamiento. Por ello, existen dos escenarios posibles: el escenario de base, que consiste en una aproximación basada en bibliografía de la distribución de las etapas de la enfermedad al inicio del tratamiento (para los nuevos casos) y durante el tratamiento (para los pacientes); y el escenario de cambio de etapa, que muestra la distribución de las etapas de la enfermedad con posterioridad a las demoras o interrupciones de los diagnósticos o los tratamientos.

El marco calcula la cantidad de personas que sufren un cambio de etapa clínica de la enfermedad cada “n” meses de postergación de tratamiento. El cambio de etapa clínica de la enfermedad se produce cuando la probabilidad de supervivencia de una etapa específica disminuye al nivel de la siguiente debido a dicha demora o interrupción en el diagnóstico o el tratamiento.

Se utilizan las probabilidades de supervivencia específicas de la enfermedad y los cocientes de riesgo de cada etapa para calcular la probabilidad de progresión de cada etapa a causa de “n” meses de demora y el porcentaje de pacientes y nuevos casos afectados por dicha demora. Luego, con la cantidad de casos y pacientes de cada etapa y su probabilidad de cambiar a otra etapa, obtenemos la cantidad de pacientes y nuevos casos que pasarán a la siguiente etapa y lo multiplicamos por el costo progresivo del tratamiento (figura 17). Por último, transformamos el aumento del costo teórico del tratamiento en un aumento del gasto en cáncer en un periodo de 5 años para cada país y para los cinco tipos de cáncer que se analizan en este estudio.

Figura 17: Marco del cambio de etapa clínica



Pérdida de capacidad económica en un periodo de 10 años

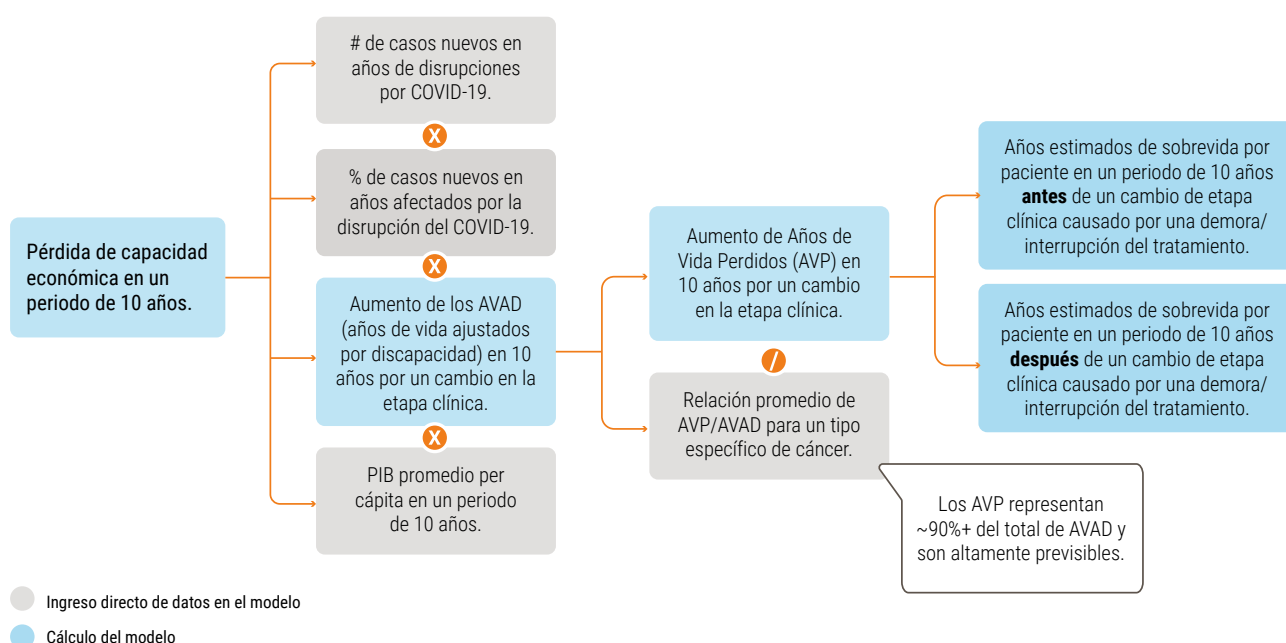
La pérdida de capacidad económica en un periodo de 10 años, uno de los dos impactos económicos indirectos medidos en este informe, se calcula con el método de Estimación de Carga de Enfermedad. El marco calcula la reducción de la generación de valor económico por los años de vida perdidos (AVP) a causa de un cambio en la etapa clínica en un periodo de 10 años.

El aumento de AVP por paciente se produce cuando, debido a una variación en la etapa clínica, cambia la distribución de etapas y se reduce la tasa de supervivencia combinada específica, lo cual da como resultado una menor probabilidad de supervivencia para los pacientes con cáncer.

Para estimar el conjunto de datos de probabilidad de supervivencia combinada para una demografía específica, se verificaron las siguientes distribuciones para descubrir la que mejor se ajustaba a cada una: exponencial, gamma, Weibull, log-normal, log-logística y Gompertz. Para elegir la mejor distribución, se utilizaron dos criterios: i) la distribución con la suma de cuadrados residual (RSS) más baja, y ii) el resultado de una prueba visual que analiza el trazado de cada distribución y los compara entre sí. Al obtener la ecuación con adaptación óptima, se simuló por computadora la probabilidad de supervivencia para los primeros 5 años y se estimó la probabilidad de supervivencia para el periodo comprendido entre el sexto y décimo año. El área entre la línea de base y las curvas de “cambio de etapa” es el aumento de AVP en un periodo de 10 años a causa de una demora en el diagnóstico/inicio del tratamiento.

Después de obtener los AVP en el horizonte temporal, se los convirtió en AVAD utilizando la relación promedio de AVP/AVAD de un tipo de cáncer específico (los AVP representan ~90% del total de AVAD y son altamente previsibles). Por último, los AVAD fueron convertidos a pérdida de PIB per cápita utilizando el PIB per cápita promedio en un periodo de 10 años para cada país (figura 18).

Figura 18. Marco de carga de enfermedad



10 años de gasto público para combatir la pobreza de la población empobrecida por la catástrofe económica

El cálculo del segundo impacto económico indirecto que se muestra en este informe es el efecto de empobrecimiento debido a un aumento de las familias que sufren una catástrofe económica. El marco estima el aumento de la cantidad de familias víctimas del empobrecimiento y, en consecuencia, el aumento del gasto social necesario para combatir la pobreza en cada uno de los países.

Para calcular el aumento del gasto social en pobreza, el modelo utiliza el gasto social en pobreza por hogar en un periodo de 10 años y lo multiplica por la cantidad incremental de familias víctimas del empobrecimiento. La segunda variable se calcula mediante la factorización de la proporción de personas empobrecidas a causa de una catástrofe financiera y la cantidad incremental de familias que padecen una catástrofe financiera.

Es posible llegar a una aproximación sobre la cantidad de familias que padecerán una catástrofe financiera aprovechando el método modelo de cálculo de cambio de etapa clínica para nuevos casos/pacientes que retrasan/interrumpen el tratamiento durante un periodo específico y multiplicándolo por la mayor probabilidad de caer en una catástrofe financiera ante un cambio en la etapa clínica (figura 19).

Figura 19. Marco de catástrofe financiera/empobrecimiento

