



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en Quito (1996-2015)

Wilmer Alexander Tarupi Montenegro

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia

2024

Análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en Quito (1996-2015)

Wilmer Alexander Tarupi Montenegro

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctor en Salud Pública

Directora:

Ph.D. Carol Guarnizo

Codirector:

Ph.D. Rafael Malagón

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2024

Dedico este trabajo

A Eloísa, Rosario y Víctor,
por su amor y apoyo incondicional.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Wilmer Alexander Tarupi Montenegro

Fecha 01/08/2023

Agradecimientos

A la Universidad UTE de Ecuador por el patrocinio para realizar el Doctorado, en especial, a la Facultad de Ciencias de la Salud “Eugenio Espejo”.

Un agradecimiento especial a la Pontificia Universidad Javeriana, en particular a la profesora Esther de Vries, quien me acogió en el departamento de Epidemiología Clínica para realizar la pasantía de investigación y me compartió solidariamente su conocimiento.

A SOLCA, Núcleo de Quito, especialmente a Patricia Cueva del Registro Nacional de Tumores por permitirme complementar la pasantía de investigación en Quito, y brindarme las facilidades para hacer uso de la información en este trabajo.

A Edwin Guayasamín del Hospital Oncológico SOLCA Quito, a Wali Mushtag del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y, a Marcelo Álvarez del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, por su apoyo durante el trabajo de campo.

Al programa de doctorado interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en especial, a Patricia Roza por su soporte durante todo este ciclo académico. A los profesores Mario Hernández, Juan Carlos Eslava, Carolina Morales, Marisol Moreno y Rafael Malagón, con quienes compartí conversaciones que me ayudaron a delinear la investigación, pero más allá de eso, por ser personas que inspiran el trabajo docente e investigativo.

A mis compañeras y compañeros de la décimo tercera cohorte del doctorado, en especial, a Flor Chavarre, Jaime Méndez, Sandra Agudelo, Elis Borde, Eder Ortiz y Carolina Páez; por todas las experiencias que compartimos en Bogotá, y su cariño para hacerme sentir en casa. A Carol Bernal, Juan Manuel Arango y Derly Acevedo por esos momentos de catarsis necesarios para continuar.

A Víctor Jácome, por acompañarme en todo este trajinar, sin su aliento no habría podido terminar esta tesis. Finalmente, pero no menos importante, a los participantes de esta investigación que compartieron sus experiencias, voces fundamentales en el desarrollo de este trabajo.

Resumen

Análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en Quito (1996-2015)

Las personas en posiciones socioeconómicas bajas se enferman, padecen y mueren por cáncer gástrico en mayor proporción y en peores circunstancias que las personas de otras posiciones socioeconómicas. Esta situación se presenta a nivel mundial y es muestra de las diferencias injustas al interior de las sociedades, toda vez que se da en función de la distribución desigual de ingresos, riqueza y poder. Esto, además, vulnera el derecho fundamental de las personas a gozar del máximo nivel de salud sin ningún tipo de distinción. Por lo tanto, se constituye en un problema de salud pública que requiere atención. En ese sentido, esta investigación analiza las distintas formas de desarrollar, padecer y morir por cáncer gástrico en Quito en el periodo 1996-2015, para comprender las inequidades sociales en este tipo de cáncer que constituye una de las primeras causas de morbimortalidad así como uno de los tipos de cáncer más letales. Para este cometido se construyó un modelo de análisis que tomó como base las propuestas transdisciplinarias de Naomar Almeida-Filho, y su modelo de articulación de los componentes de las inequidades en salud, que rescata la importancia del reconocimiento del sujeto y su capacidad de agencia. En el modelo se seleccionaron a los recursos sociales y las condiciones de vida como componentes que determinan los estados y los cuidados de la salud en los pacientes diagnosticados de cáncer gástrico. Se estableció a la metodología mixta como estrategia metodológica para recopilar y analizar datos, ya que permitió obtener información tanto cuantitativa como cualitativa para comprender las inequidades sociales en cáncer gástrico tanto en los estados de salud a través de indicadores epidemiológicos, como en los cuidados de salud a través de experiencias y vivencias de los sujetos. Haciendo uso de la información que recopila el registro poblacional de cáncer de Quito, se calcularon las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad para cáncer gástrico, por nivel educativo (primario, secundario y superior), lugar de residencia y sexo, para el período 1996-2015. Utilizando modelos robustos de regresión de Poisson, se estimaron razones de tasas, el índice relativo de desigualdad (IRD) y el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) en incidencia y mortalidad por nivel educativo. Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas a pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en la ciudad de Quito, y a sus familiares; así como a profesionales de la salud de cada segmento del sistema de salud: público, seguridad social y privado. Tras el análisis se evidenció que el riesgo de desarrollar cáncer gástrico entre los menos educados fue

sustancialmente mayor que entre los más educados, tanto en hombres como en mujeres (IRD mujeres = 2,1 (95% IC: 1,9; 2,3); IRD hombres = 1,7; (95% IC: 1,5; 1,8). Las diferencias fueron ligeramente mayores para la mortalidad: (IRD mujeres = 2,4 (95% IC: 2,3; 2,6) y IRD hombres = 2,1 (IC 95%: 1,8; 2,2)). Se encontró que la supervivencia global a los 5 años después del diagnóstico de las personas con nivel educativo superior duplica la de aquellas con educación primaria. Por otra parte, se evidenció que las personas que acceden a los servicios oncológicos a través del segmento público del sistema de salud tienen más limitaciones para recibir un manejo integral que las personas que reciben atención en otros segmentos, lo que se traduce en menor calidad de vida y mayor riesgo de morir. Frente a estos hallazgos es necesario trabajar en un Plan Nacional de Control del cáncer gástrico, desde un enfoque de equidad que, superando estas inequidades sociales, contribuya a mejorar las condiciones de vida de las personas que tienen este padecimiento y de sus familias.

Palabras clave: cáncer gástrico, inequidades sociales, desigualdad, epidemiología del cáncer, enfermedades crónicas no transmisibles, políticas en salud, Ecuador

Abstract

Analysis of social inequities in patients with gastric cancer in Quito (1996-2015)

Worldwide, it has become clear that people in lower socio-economic positions become ill, suffer and die from gastric cancer at a greater rate and in worse circumstances than people in other socio-economic positions, which represents an unfair difference, every time it occurs due to the unfair distribution of income, wealth and power. A situation that, in addition, violates the right to enjoy the maximum level of health that all people have, without any type of distinction or discrimination, and therefore constitutes a public health problem that requires attention. In this sense, this investigation analyzes the different ways of developing, suffering and dying from gastric cancer in Quito in the period 1996-2015, to understand the social inequities in this type of cancer that, in the city, constitutes one of the first causes of morbidity and mortality as well as one of the most lethal types of cancer. For this purpose, an analysis model was constructed that took as a basis the transdisciplinary proposals of Naomar Almeida-Filho, and its model of articulation of the components of inequities in health, which highlights the importance of recognizing the subject and its capacity for agency. In the model, social resources and living conditions as components that determine the health status and care of patients diagnosed with gastric cancer were selected. As a methodological strategy to collect and analyze data, a mixed methodology was established, which allowed obtaining both quantitative and qualitative information to understand social inequities in gastric cancer both in health states through epidemiological indicators, and in health care through experiences and experiences of subjects. Using the information that compiles the population registry of cancer in Quito, rates of incidence and mortality standardized by age for gastric cancer, by educational level (primary, secondary and higher), place of residence and sex, for the period 1996-2015 were calculated. Using robust Poisson regression models, cost ratios, the relative inequality index (IRD) and the pendent inequality index (IDP) in incidence and mortality by educational level were estimated. On the other hand, semi-structured interviews in patients diagnosed with gastric cancer in the city of Quito, and their family members; as well as health professionals in each segment of the health system: public, social security and private, were carried out. The analysis revealed that the risk of developing gastric cancer among the least educated was substantially greater than among the most educated, both in men and women (IRD women = 2.1; (95% CI: 1.9, 2.3); IRD men = 1.7; (95% CI: 1.5, 1.8). The differences were slightly greater for mortality: (IRD women = 2.4; (95% CI: 2.3, 2.6) and IRD men = 2.1 (IC 95%: 1.8, 2.2)). Overall survival for 5 years following the diagnosis of people with higher education doubles that of those with primary education. On the other hand, it was evident that the people who access cancer services through the public segment of the health system have more limitations to receive comprehensive care than the people who receive attention in other segments, which translates into a lower quality of life and mayor risk of dying. Given these findings, it is necessary to work on a National Plan for the Control of Gastric Cancer, from an equity approach that, overcoming these unfair inequalities,

contributes to improving the living conditions of those people who have this suffering and their families.

Keywords: gastric cancer, social inequities, inequality, cancer epidemiology, chronic non-communicable diseases, health policies, Ecuador

Contenido

Resumen	XI
Índice de figuras	XVII
Índice de tablas	XIX
Introducción	1
Capítulo 1: El problema de Investigación	9
1.1. Definición del Problema	9
1.1.1. Sistema de salud	19
1.1.2. Delimitación espacio temporal	24
1.2. Objetivo general	27
1.3. Objetivos específicos	27
Capítulo 2: Recursos teórico-metodológicos.....	28
2.1. Inequidades sociales: debates contemporáneos e implicaciones en salud..	28
2.1.1 (re) Distribución.....	32
2.2. Modelo sintético de articulación de los componentes de las inequidades en salud	43
2.3. Modelo para el análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer	45
2.4. Diseño metodológico.....	48
2.4.1. Fase cuantitativa	50
• <i>Población</i>	51
• <i>Fuente de información y variables de estudio</i>	52
• <i>Plan de análisis</i>	54
2.4.2. Fase cualitativa.....	60
• <i>Participantes</i>	61
• <i>Fuentes de información</i>	62
• <i>Plan de análisis</i>	65
2.5. Consideraciones éticas	67
Capítulo 3: Resultados.....	69
3.1. Inequidades sociales en los estados de salud por cáncer gástrico: indicadores epidemiológicos.....	69
3.1.1. Inequidades educativas en la incidencia	69
3.1.2. Inequidades educativas en la mortalidad	74
3.1.3. Inequidades educativas en la supervivencia global a 5 años	78
3.1.4. Lugar de residencia en la incidencia y mortalidad	81
3.2. Inequidades sociales en los cuidados del cáncer gástrico: experiencias y vivencias	88
3.2.1. Usted tiene cáncer.....	89
3.2.2. La promoción de la salud	91
3.2.3. Tamizaje	95
3.2.4. Diagnóstico.....	98
3.2.5. Tratamiento.....	104

3.2.6. Cuidados Paliativos	108
Capítulo 4: Discusión	112
Capítulo 5: Conclusiones	126
A. Anexo: Guion de entrevista para pacientes con cáncer gástrico.....	129
B. Anexo: Guion de entrevista para familiares de pacientes con cáncer gástrico	133
C. Anexo: Guion de entrevista para personal de salud de la atención oncológica	135
D. Anexo: Aprobación Comité de Ética – UNAL.....	139
E. Anexo: Aprobación Comité de Ética en Investigación de Seres Humanos. CEISH – SOLCA Núcleo de Quito	142
F. Anexo: Consentimiento informado.....	144
Bibliografía	149

Índice de figuras

Figura 1: Distribución de las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas. Cáncer gástrico, ambos sexos, todas las edades. 2020	15
Figura 2: Cambios en la distribución de cánceres más frecuentes en dos períodos de diagnóstico de 1985-1989 a 2013-2017, según sexo, Quito.	16
Figura 3: Tendencia de incidencia y mortalidad por Cáncer gástrico en Quito 1985 - 2017, según sexo	18
Figura 4: Estructura del Sistema Nacional de Salud	21
Figura 5: Casos nuevos de cáncer según establecimiento de diagnóstico, Quito 2011 – 2015	22
Figura 6: Distribución del índice de determinantes sociales por parroquias urbanas de Quito, 2017.....	25
Figura 7: Modelo de articulación de los componentes de las inequidades en salud	45
Figura 8: Modelo para el análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer	46
Figura 9: Flujo metodológico para el análisis de las inequidades sociales en cáncer gástrico	49
Figura 10: Tendencia de las tasas de incidencia estandarizada del cáncer gástrico, por nivel educativo. Quito 1996-2015, hombres y mujeres	70
Figura 11: Tendencia del Índice relativo de desigualdad de la incidencia por cáncer gástrico en Quito, por sexo y por período, 1996-2015	74
Figura 12: Tasas de mortalidad estandarizada del cáncer gástrico. Quito 1996-2015, hombres y mujeres.....	75
Figura 13: Tendencia del Índice relativo de desigualdad de la mortalidad por cáncer gástrico en Quito, por sexo y por período, 1996-2015	78
Figura 14: Supervivencia global de cáncer gástrico, cohortes 2011-2015 por sexo. Quito	79
Figura 15: Supervivencia global de cáncer gástrico, cohortes 2011-2015 por nivel educativo. Quito	80
Figura 16: Distribución de la tasa de incidencia estandarizada por parroquias del cáncer Gástrico. Quito 2011 – 2015, Mujeres	83
Figura 17: Distribución de la tasa de incidencia estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Hombres	84
Figura 18: Distribución de la tasa de mortalidad estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Mujeres.....	85
Figura 19: Distribución de la tasa de mortalidad estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Hombres	86

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución de los sujetos con información faltante de nivel educativo y aquellos incluidos en el estudio, por período y sexo	52
Tabla 2: Operacionalización de variables cuantitativas	53
Tabla 3: Distribución de pacientes y familiares participantes en la fase cualitativa por segmento del sistema de salud y características sociodemográficas	64
Tabla 4: Distribución del personal de salud participante en la fase cualitativa por segmento del sistema de salud y características sociodemográficas	64
Tabla 5: Síntesis de las relaciones entre etapas, instrumentos y análisis realizados	66
Tabla 6: Tasas de incidencia estandarizada, razón de tasas, índice relativo de desigualdad e índice absoluto de desigualdad de cáncer gástrico en Quito, por sexo y nivel de educación, 1996-2015.....	72
Tabla 7: Tasa de mortalidad estandarizada, razón de tasas, índice relativo de desigualdad e índice absoluto de desigualdad de cáncer gástrico en Quito, por sexo y nivel de educación, 1996-2015.....	76
Tabla 8: Supervivencia global de cáncer gástrico en Quito, 2011-2015	80
Tabla 9: Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por parroquias del cáncer Gástrico. Quito 2011-2015	81
Tabla 10: Correlación entre las tasas de incidencia y mortalidad con algunas variables sociales	82

Introducción

En el mundo, las personas en posiciones socioeconómicas bajas, y mayor vulnerabilidad social en general, presentan mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico que las personas de otras posiciones socioeconómicas. Estudios epidemiológicos de las últimas décadas han demostrado tal aseveración al visibilizar que este cáncer se distribuye en la población de manera desigual, en correspondencia con las condiciones socioeconómicas, étnicas y geográficas de las personas afectadas (Kogevinas, 1997; Vaccarella, 2019). El desarrollo de la enfermedad se da en función de las inequidades sociales¹, de ahí que el cáncer gástrico no afecta de la misma manera a todos los individuos de una sociedad.

Se ha visibilizado, entonces, que son las relaciones establecidas en la sociedad las que determinan diferentes capacidades y restricciones en el desarrollo de la vida y, en consecuencia, diferentes formas o posibilidades de vivir, enfermarse, padecer y morir con cáncer gástrico (Kogevinas, 1997; Ferlay, 2018; Allemani, 2018; Vaccarella, 2019). De modo concreto, se ha determinado que las inequidades en ingresos, riqueza, educación y poder afectan más a las personas en posiciones socioeconómicas bajas, para producir un gradiente social en la incidencia, supervivencia y mortalidad por cáncer gástrico (Vaccarella, 2019).

¹ En este trabajo se comprende a la inequidad social en salud como un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia evitable, prevenible, pero, sobre todo, injusta (Almeida-Filho, 2020). Es preciso distinguir entre los términos desigualdad e inequidad. El primero es solo una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son diferentes, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad es injusta (Whitehead, 1992; Kawachi, 2002).

Para la salud pública mundial, esta situación constituye un desafío, ya que vulnera el derecho fundamental que tiene todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin ningún tipo de distinción o discriminación (OMS, 1946). El hecho de que existan personas que se enfermen, padezcan y mueran por cáncer gástrico en mayor proporción y en peores circunstancias que otras, por las condiciones sociales en las que viven, implica una vulneración al derecho a la salud y a una vida digna que todo ser humano tiene desde el momento en el que nace. Además, los Estados están obligados a garantizar el acceso a la salud sobre una base no discriminatoria², y en este caso es evidente que no existe una igualdad de oportunidades que les permita a las personas desarrollar al máximo su salud.

En América Latina este escenario se vuelve más complejo, no solo porque es una de las regiones con las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico más altas del mundo, en la que se proyecta un incremento de la carga del cáncer gástrico de un 80% para el año 2030 (Sierra, 2016; Balakrishnan, 2017); sino también, porque es una de las zonas más desiguales del planeta, que durante el año 2020 perdió el equivalente al 30% de su progreso previo en términos de desarrollo humano como consecuencia de la pandemia de coronavirus COVID-19 (PNUD, 2022).

En Ecuador —uno de los países más desiguales de la región, con un coeficiente de Gini de 0,48 para el año 2021, superado solo por Colombia y Brasil, que tienen coeficientes de 0,55 y 0,52 respectivamente (Cepal, 2021)— el cáncer gástrico es el tercero más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer (Cueva, 2022). En el contexto mundial, las tasas de incidencia de 15,9 casos por 100 000 hombres y 9,6 casos por 100 000 mujeres, y las de mortalidad de 12,9 muertes por 100 000 hombres y de 7,4 muertes por 100 000 mujeres; lo ubican en una posición alta frente a los demás países (Ferlay, 2021). La supervivencia a 5 años para este cáncer fue de 19,1% (Intervalos de confianza al 95%: 13,1 – 25,1) durante el periodo 2010 a 2014, ubicándolo entre los países con indicadores de

² De acuerdo con el Artículo 2. Artículo 2. 2., del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: “Los Estados parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

supervivencia más bajas a nivel mundial; en países como Japón o Corea, este indicador supera el 60% (Allemani, 2018).

En Ecuador, se estimó que en el año 2020 se diagnosticaron 2472 casos nuevos de cáncer gástrico, y 2007 personas murieron por esta enfermedad (Ferlay, 2021). Se proyecta que para el año 2030 se diagnosticarán 3549 casos nuevos y morirán 2902 personas, significando un incremento del 43,6% y del 44,6% respectivamente. Sin duda, estamos frente a un importante problema de salud pública que requiere atención, empezando por una comprensión mayor de su desarrollo en esta población, teniendo en cuenta, además, que se trata de una enfermedad crónica, que requiere de un manejo integral y multidisciplinario en centros de alta complejidad.

Las investigaciones locales se han enfocado en describir la carga de enfermedad en términos de incidencia, mortalidad y supervivencia (Corral, 2018; Allemani, 2018; Montero-Oleas, 2018; Tarupi, 2019; Cueva, 2019; Cueva, 2022; RNT 2022), además de analizar la historia natural de la enfermedad, haciendo énfasis en los factores de riesgo como la infección persistente del *Helicobacter pilory*, y en los factores protectores como el consumo de frutas y verduras (Salvador, 2015; Salvador, 2018). Información que ha permitido tener un panorama amplio de la magnitud del problema en términos cuantitativos, pero que no es suficiente para comprender el efecto negativo de las inequidades sociales en la vida de estos pacientes, con miras a repensar las estrategias de control, acompañamiento y cuidado.

Aunque el país cuenta con una estrategia nacional para la atención integral del cáncer desde 2017, que orienta las acciones en el manejo del cáncer a todo el sistema de salud, ésta, no se ha traducido en acciones concretas para el cáncer gástrico. Según José Ruales, exministro de salud, “este nuevo plan nacional no fue construido con la participación de algunos actores importantes del Sistema Nacional de Salud, ni con la representación de los beneficiarios, lo cual podría dificultar su aceptación y aplicabilidad” (Ruales, 2018: p. 55).

La propuesta teórica de este trabajo retoma los planteamientos de la epidemiología social latinoamericana, de manera específica, los de Naomar Almeida-Filho y su ejercicio epidemiológico transdisciplinar, que busca entender la complejidad de las relaciones

sociales que determinan la enfermedad. Para Almeida-Filho resulta necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas para comprender las condiciones de salud de una población (Arias Valencia, 2017, p. 193).

Almeida-Filho propone un modelo de articulación de los componentes de las inequidades en salud, en el que rescata la importancia del reconocimiento del sujeto y su capacidad de agencia (Almeida-Filho, 2020). Para este autor, además de las inequidades sociales que se exploran desde la propuesta de los determinantes sociales de la salud, aquellas que se abordan desde la dimensión simbólica de lo cotidiano de la vida social son necesarias para comprender la complejidad de este fenómeno multidimensional (Almeida-Filho, 2020). Esta pretensión de integrar la voz del sujeto lo diferencian de modelos de análisis análogos, y lo convierten en un modelo útil para abordar las inequidades sociales desde otras perspectivas, considerando que se trata de una enfermedad crónica que implica un contacto permanente con el sistema de salud, y por lo tanto las experiencias y vivencias³ de enfrentar al cáncer aportan a la comprensión de este problema complejo.

Para ello, se parte del reconocimiento del cáncer no solo como un fenómeno biológico, sino también social (Arias Valencia, 2017, p. 193); a la vez, la vida de una persona con cáncer gástrico se enmarca en la historia social de su grupo, por lo que, en consecuencia, sus comportamientos y estrategias para hacerle frente están determinados desde lo social, en tanto son producto de sus interacciones con su entorno (Arias Valencia, 2017, p. 193).

A esta cuestión teórica se articula la categoría *continuum*⁴ como uno de los elementos que permite organizar la exploración de las inequidades sociales en cáncer, y así identificar

³ María Cecília de Souza Minayo señala que, al tratar sobre la experiencia y la vivencia, se debe considerar su diferenciación. Es así, que la vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo (criterio individual) sobre todo lo que experimenta. En tanto, en la experiencia se articula lo individual con la construcción colectiva sobre las significaciones de las acciones humanas, que permite a las personas el entendimiento de los otros y del mundo (Souza, 2010; p. 254-5). En este sentido, un paciente con cáncer gástrico puede contar sus vivencias sobre el padecimiento de la enfermedad, pero un profesional de la salud, al preguntarle sobre cómo los pacientes enfrentan el cáncer gástrico, no podría transmitir ese criterio individual del paciente, pero sí podría compartir su experiencia como profesional de la salud. Por ello, en esta tesis se ha señalado experiencias y vivencias.

⁴ El *continuum* es una expresión latina que significa continuidad. En medicina, de modo específico, en oncología, el término se utiliza para describir las diversas etapas del proceso salud-enfermedad,

esas diferentes formas de enfermar, padecer y morir con esta enfermedad en la ciudad de Quito. El *continuum* en oncología se utiliza para describir las diversas etapas de los estados de salud-enfermedad: promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y la atención al final de la vida. Se viene utilizando desde la década de 1970, como marco referencial para evaluar y monitorear las intervenciones sanitarias en cada etapa (NCI, 2022).

Así, el desafío de este trabajo académico fue analizar las inequidades sociales en el *continuum* del cáncer gástrico desde dos dimensiones propuestas por Almeida-Filho: estados de salud y cuidados de salud. Los estados de salud corresponden a los resultados de la transformación epidemiológica de una población dada (incidencia, mortalidad, supervivencia); en tanto que los cuidados de salud refieren a los procesos de respuesta social “que expresa el juego de acciones, servicios y tecnologías involucradas en las prácticas sociales de cuidar, tratar, sanar y curar” (Almeida-Filho, 2020, p. 21).

La apuesta metodológica busca aproximarse a una estructura explicativa integral. En este sentido, siguiendo a Almeida-Filho, se combinan métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, tales como análisis ecológicos, modelos de regresión y cálculo de índices de inequidad en salud, junto con entrevistas semiestructuradas y relatos de vida. Con el abordaje cuantitativo se identificaron las inequidades sociales en los estados de salud, a partir de la incidencia, mortalidad y supervivencia; mientras que con la cualitativa se analizaron las inequidades sociales en los cuidados de salud a partir de las experiencias y vivencias de los pacientes con cáncer gástrico, sus familiares y el personal de salud, durante la atención oncológica al interior del sistema de salud.

Las aproximaciones a las inequidades sociales en cáncer han sido más bien limitadas en Ecuador, enfocándose principalmente en la descripción epidemiológica del cáncer gástrico desde el enfoque del riesgo, sin avanzar hacia una comprensión de la situación del cáncer desde la voz del pacientes diagnosticado de esta enfermedad. En ese sentido, esta investigación al darles voz a las personas diagnosticadas de cáncer gástrico, sus familiares

como la promoción y prevención del cáncer, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la supervivencia, los cuidados paliativos y la muerte (NCI, 2016). Más adelante se explicará las implicaciones de utilizar este marco referencial en el análisis de inequidades sociales.

y los profesionales de salud involucrados en la atención oncológica, aporta esa perspectiva que ha sido invisibilizada o ha tenido poca prioridad en la salud pública ecuatoriana.

Respecto a la estructura, esta tesis se desarrolla en cuatro capítulos. El primero plantea el contexto concreto del problema de investigación y su impacto para el ejercicio del derecho a la salud. Como punto inicial, a partir de la evidencia disponible, se presenta el estado del arte para visibilizar el efecto de las brechas de inequidad social en el cáncer gástrico a escala mundial. De manera general se abordan dos elementos fundamentales del contexto temporal y espacial: la ciudad de Quito y los servicios de atención oncológica, como justificativos de la investigación. Esto permite presentar las preguntas y los objetivos que orientan la investigación.

El segundo capítulo, de corte teórico y metodológico, presenta una síntesis de las principales racionalidades sobre la justicia social que han dado forma a las concepciones en torno a las inequidades sociales a lo largo de los años. Entre estas se encuentra la corriente de pensamiento de la medicina social latinoamericana, al interior de la cual se ubica la propuesta de Naomar Almeida-Filho, que de manera particular profundiza el análisis de las inequidades sociales en enfermedades crónicas no transmisibles. Respecto a la metodología, se explica la combinación de los métodos cuantitativos y cualitativos, realizada para explorar diferentes dimensiones de las inequidades sociales en el *continuum* del cáncer gástrico.

En el tercer capítulo se describen los resultados tanto cuantitativos como cualitativos que buscan responder los objetivos específicos. En general, en este apartado se evidencia el efecto de las inequidades sociales, educativas y geográficas, en los indicadores epidemiológicos que hacen parte de la vigilancia global del cáncer, así como en las experiencias y vivencias de los pacientes y sus familiares en el momento en que enfrentan la enfermedad en el sistema de salud, y del personal de salud vinculado al manejo de estos pacientes en los diferentes segmentos del sistema de salud. La discusión de los resultados se presenta en el capítulo cuarto, en donde se hace uso del modelo de análisis elaborado para esta tesis como marco ordenador, se enfatiza además en las implicaciones para la política pública, así como en las limitaciones y fortalezas de la investigación. Las conclusiones de la investigación se presentan en el quinto capítulo, junto a consideraciones

finales que profundizan la reflexión sobre las posibles acciones para la reducción de inequidades sociales en cáncer gástrico en Quito.

La tesis no pretende profundizar en la evaluación de la atención oncológica en la ciudad de Quito, tampoco busca evaluar la política pública alrededor del cáncer gástrico; más bien contextualiza estos dos elementos para analizar la producción y reproducción de inequidades sociales en el *continuum* del cáncer gástrico. El trabajo difiere de algunos abordajes contemporáneos que refuerzan la responsabilidad individual y dejan de lado a la responsabilidad estatal en el control del cáncer.

Considerando el incremento del cáncer en la población mundial proyectado por la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) (Ferlay, 2021), así como la persistencia de inequidades sociales; evaluar y comprender la complejidad de la determinación de las inequidades sociales en cáncer es actualmente una prioridad política y de investigación. En ese sentido, al considerar otras fuentes de información y perspectivas de análisis, esta investigación aboga por la humanización en la construcción de políticas públicas que, al intervenir, reduzcan la brecha de inequidad y no exacerben la ya existente.

Capítulo 1: El problema de Investigación

En este primer apartado se explica cómo se determinó el problema de investigación. En un inicio se detalla el estado del arte sobre el impacto que producen las inequidades sociales en la vida de las personas con cáncer gástrico. Posteriormente, se mencionan los elementos que temporo-espaciales que contribuyen a delimitar el problema, y ayudan a justificar la realización de la investigación en Quito, en el período comprendido entre 1996 y 2015. Por último, se señalan las preguntas que orientaron este trabajo, así como los objetivos que persigue.

1.1. Definición del Problema

En las últimas décadas diversos estudios epidemiológicos han visibilizado cómo el cáncer gástrico se distribuye de manera desigual en la sociedad, según las condiciones socioeconómicas, étnicas y geográficas de las personas afectadas (Kogevinas, 1997; Arias-Valencia, 2009; Ferlay, 2018; Allemani, 2018; Vaccarella, 2019). Un buen ejemplo de la amplia documentación que existe al respecto son las revisiones sistemáticas realizadas por la Agencia Internacional para Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), anexa a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera revisión, publicada en 1997, incluye artículos científicos publicados entre 1966 y 1994. Estos fueron identificados en Medline y revelan un gradiente de clase social constante, con un riesgo mayor de desarrollar cáncer gástrico en los grupos poblacionales con posiciones socioeconómicas bajas⁵ (Kogevinas, 1997).

⁵ En esta investigación se acoge la siguiente definición de posición socioeconómica: descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene, es decir, hace referencia a los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos mantienen dentro de la sociedad” (Krieger, 1997; Galobardes, 2006).

Una segunda revisión, publicada en 2019, analiza de forma sistemática la información sobre inequidades sociales en cáncer, incorporando contribuciones de más de setenta autores, revisores y editores. La revisión incluye la información recogida por los estudios impulsados por la Unión Europea por intermedio de sus programas de investigación “Developing Methodologies to Reduce Inequalities in the Determinants of Health” (Gregoraci, 2017) y Lifepath (Stringhini, 2017). Asimismo, se cuenta con la información de Latinoamérica, África y Asia que se encuentra en las bibliotecas médicas Medline, Scielo y Bireme sobre inequidades sociales en cáncer. El análisis de estos datos les permitió confirmar las marcadas y persistentes inequidades sociales en la incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer gástrico, tanto entre países como dentro de ellos (Vacarella, 2019), a partir del Índice Relativo de Desigualdad (IRD)⁶. De manera específica, al estratificar el análisis por indicadores de posición socioeconómica, los autores observaron un mayor riesgo de cáncer gástrico entre los grupos en posición socioeconómica más baja en educación (IRD=2,97; IC 95%: 1,92 a 4,58) y ocupación (IRD=4,33; IC 95%: 2,57 a 7,29) en comparación con los grupos en posición socioeconómica más alta.

Otros estudios que abordan inequidades sociales en cáncer gástrico evidencian elevadas tasas de incidencia y mortalidad entre los grupos con posiciones socioeconómicas bajas en Colombia (Bravo, 2014; de Vries, 2015b, 2016), Chile (Heise, 2009; Herrera-Riquelme, 2015), Canadá (Mackillop, 2000), Estados Unidos (Boyd, 1999) Inglaterra (Edwards, 1999), Noruega (Kravdal, 2000), Suecia (Lagergren, 2016) e Irán (Rohani-Rasaf, 2012).

En la misma línea, se ha visibilizado cómo la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico también es diferente de acuerdo con la posición socioeconómica. En Italia (Rosso; 1997; Fontana, 1998), Estados Unidos y Canadá (Gorey, 1997; Gorey, 2000), Inglaterra (Coleman, 2004; Mitry, 2008) y Corea (Choi, 2014) se ha registrado un menor tiempo de supervivencia en aquellos pacientes con bajos niveles educativos comparado con quienes

⁶ El Índice Relativo de Desigualdad representa la relación entre el riesgo de cáncer gástrico en el rango 1 (posición socioeconómica más baja) y el rango 0 (posición socioeconómica más alta) y, por lo tanto, puede interpretarse como la razón de tasas de riesgo entre aquellos con la posición que se considera más baja y aquellos con la que se considera más alta de la jerarquía social (Mackenbach, 1997; Moreno-Betancourt, 2015). Los valores superiores a 1 indican inequidades relativas a favor de quienes se encuentran en una posición socioeconómica alta.

poseen altos niveles educativos. Por otro lado, en Australia (AACR, 2003) y Estados Unidos (Singh, 2003) se ha reportado una menor supervivencia entre quienes residían en áreas geográficas de menor condición socioeconómica. En Colombia, un análisis realizado entre los años 2015 y 2016 reportó mejores tasas de supervivencia a 1 y 5 años y menos barreras en el diagnóstico temprano y su manejo oportuno en pacientes afiliados a alguno de los regímenes de aseguramiento en salud, si se compara con aquellos pacientes no afiliados (Uribe, 2019), así como también mejor supervivencia entre los pacientes que residen en áreas geográficas con mejores condiciones socioeconómicas (estrato social alto) en comparación con quienes residen en áreas geográficas con peores condiciones socioeconómicas (estrato social bajo) (de Vries, 2015b).

En países de Asia oriental, en donde se han implementado programas de tamizaje para el diagnóstico oportuno del cáncer gástrico, se han encontrado inequidades sociales en el acceso a estos programas. Por ejemplo, en Corea, con un programa de tamizaje introducido en el año de 1999 como parte del Programa de Detección de Cáncer Nacional (Shin, 2011), se encontró que los pacientes que pertenecen al cuartil más alto de ingresos tienen un nivel de educación superior, viven con su cónyuge y, aquellos que tienen un seguro privado de salud, tuvieron una mayor tasa de participación en los programas de tamizaje del cáncer gástrico (Lee, 2010; Chang, 2015).

Varios estudios muestran cómo ciertos grupos étnicos tienen mayor carga de la enfermedad que otros. Por ejemplo, en Nueva Zelanda se ha evidenciado una mayor incidencia y peor supervivencia en grupos aborígenes maoríes en relación con los no maoríes (Arnold, 2014; Signal, 2015). En Estados Unidos se ha identificado que la tasa de incidencia de cáncer gástrico en hombres hispanos es 70% más alta que entre los hombres blancos no hispanos (ACS, 2015) y las tasas de mortalidad son más altas entre los pobladores afroestadounidenses que entre los blancos (Williams, 1999). Por otro lado, se ha reportado que los afroestadounidenses, indígenas estadounidenses, nativos de Alaska y de las islas del Pacífico y asiáticas, junto con latinos hispanos tienen una menor supervivencia a cinco años y una mayor incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer que los blancos no hispanos (Freeman, 2004; Ward, 2004). En general, los hispanos son más propensos a ser diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, tienen tiempos más largos para el diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento, además de que

experimentan una peor calidad de vida en relación con los blancos no hispanos (Yáñez, 2016; Duma, 2016).

La investigación desarrollada en países latinoamericanos por Paúl Goss reveló que, tanto en hombres como en mujeres, la incidencia de cáncer gástrico es superior en países con el mayor porcentaje de población indígena (Bolivia, Guatemala y Perú) que la tasa promedio en la región (Goss, 2013). Estos hallazgos son consistentes con los estudios de Ecuador, que muestran diferentes patrones de cáncer entre su población indígena en comparación con personas no indígenas de la región Amazónica. Se observaron incidencias significativamente más altas en la población indígena para los cánceres de estómago, recto, melanoma, tejidos blandos y riñón en los hombres y para los cánceres de cuello uterino y ganglios linfáticos en las mujeres (Hurtig, 2002; San Sebastián, 2003).

En el marco de los estados de bienestar europeos, la investigación realizada por Maruthappu evaluó el impacto que tienen las políticas públicas o determinantes estructurales sobre la mortalidad por cáncer gástrico. Su estudio, que analizó datos de 25 países europeos desde 1981 al 2009, denotó que un aumento del 1% en el nivel de desempleo se asoció con un aumento significativo de la mortalidad por cáncer gástrico tanto en hombres como en mujeres (Maruthappu, 2014).

Desde una perspectiva de curso de vida, se ha evidenciado también cómo la posición socioeconómica de la infancia se relaciona con altas tasas de mortalidad por cáncer gástrico (Barker, 1990; Frankel, 1998; Pensola, 2003; De Kok, 2008; Vohra, 2015), constatando así que el cáncer no solo está determinado por las exposiciones y eventos en la vida adulta, sino que, más allá de la susceptibilidad genética, las condiciones socioeconómicas en la vida temprana iniciarían un proceso que se extiende a lo largo de la vida para influir en la enfermedad de adultos (Marmot, 2010). Desde esta perspectiva, se entiende que, si los grupos sociales han sido marginados históricamente, las condiciones de la vida temprana podrían explicar las actuales inequidades en salud (Adler, 2007).

La información epidemiológica detallada hasta aquí ha permitido visibilizar la distribución desigual del cáncer gástrico en la sociedad y cómo esta se encuentra determinada por los contextos sociales, económicos, ambientales, históricos y políticos (Vaccarella, 2019). Si

bien las inequidades sociales en el cáncer gástrico varían ampliamente entre y al interior de países, es en la actualidad un problema de salud pública mundial que demanda atención, en especial porque atenta contra el derecho fundamental que tiene todo ser humano a tener una vida digna, de contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (CESCR, 2000), establecido en la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 y ratificado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

El hecho de que por las condiciones sociales existan personas que se enfermen, padezcan y mueran por cáncer gástrico en mayor proporción y en peores circunstancias que otras, implica una vulneración al derecho a una vida digna que tiene todo ser humano, sin ningún tipo de discriminación, desde el momento en el que nace. Esto es particularmente relevante para países como Ecuador, que han dejado explícito en el texto constitucional de 2008 el reconocimiento de la salud como derecho humano, asumiendo la responsabilidad del Estado para garantizarlo de manera integral y equitativa.

De ahí entonces la necesidad de contar con planes nacionales para el control del cáncer como documentos estratégicos de salud pública que sirvan como hoja de ruta para la prevención y el control del cáncer, documentos que vienen siendo recomendados por la Asamblea Mundial de la Salud a todos los países desde el 2017 (Cueva, 2022). Al respecto, Ecuador dispone de la Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer, publicada en 2017 con el objetivo de:

[...] reducir la mortalidad prematura por cáncer en un 25% hasta el año 2025, optimizando la implementación de la atención integral oncológica, promoviendo la exposición a factores protectores, priorizando la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; a la vez, disminuyendo la carga socioeconómica de esta enfermedad por medio de enfoques multisectoriales que promuevan la calidad de vida, el bienestar y reduzcan la inequidad en el acceso a servicios de salud en el país (MSP, 2017, p. 26).

Si bien el documento hace alusión a reducir la inequidad en el acceso a servicios de salud, no presenta una línea de base que dé cuenta de la brecha existente en el país. La norma tampoco contextualiza el impacto que tienen las inequidades sociales en el cáncer y la necesidad de considerarlas en la implementación de estrategias de control. El texto, más

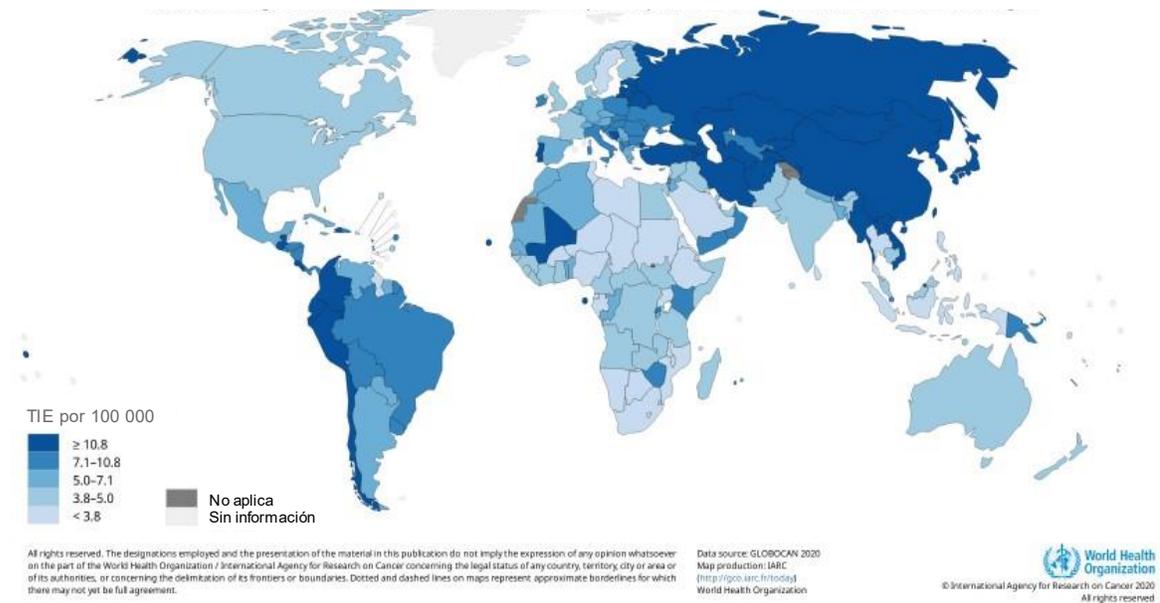
bien, refuerza el sentido de la responsabilidad individual en el desarrollo del cáncer al hacer énfasis en los factores de riesgo y factores protectores que aumentan o disminuyen la probabilidad de tener cáncer gástrico, sustentando esta información con datos descriptivos de la incidencia y mortalidad del cáncer, reportados por el Registro Nacional de Tumores⁷.

Aunque la información del Registro Nacional de Tumores no refiere al efecto de las inequidades sociales en el cáncer, sí ha permitido monitorear la magnitud del cáncer gástrico en la ciudad de Quito y su patrón de comportamiento desde 1985, mostrando un escenario preocupante para el país. De ahí se conoce que la Ciudad tiene tasas de incidencia (19,5 casos por 100000 hombres; 13,5 por 100000 mujeres) y mortalidad (16,8 muertes por 100000 hombres; 11,3 muertes por 100000 mujeres) que la ubican entre las que tienen los indicadores más altos a escala mundial (figura 1). Esto basado en las estimaciones que el Observatorio Global del Cáncer realizó utilizando los datos de los registros poblacionales de cáncer alrededor del mundo (Ferlay, 2021; Cueva, 2022);

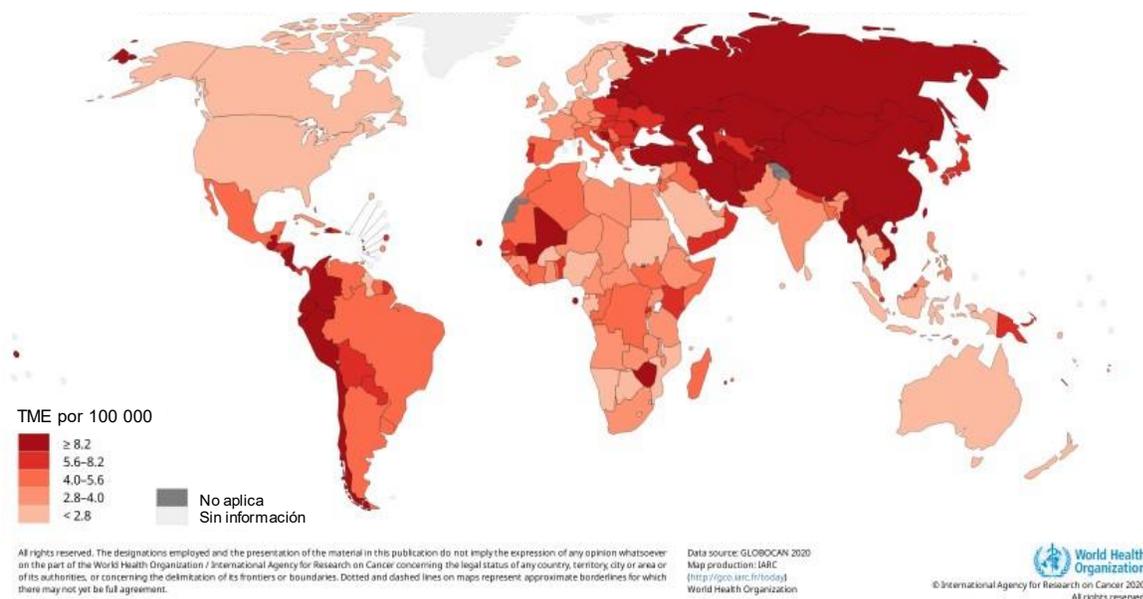
⁷ El Registro Nacional de Tumores es un registro de cáncer de base poblacional que recoge, analiza y difunde información sobre los casos diagnosticados en la ciudad de Quito. El registro se creó mediante el Acuerdo Ministerial 6345, publicado en el Registro Oficial Número 784, del 11 de julio de 1984, como parte de la vigilancia epidemiológica del país. La concepción inicial del proyecto fue alcanzar en forma progresiva una cobertura nacional, de ahí su nombre. Sin embargo, frente a las limitaciones para aplicar una metodología a escala nacional que garantice la confiabilidad de los datos, y en línea con las recomendaciones internacionales, se circunscribe a la ciudad de Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja, y las provincias de Manabí y El Oro (Cueva, 2022). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los registros de cáncer de base poblacional son considerados como los únicos sistemas de vigilancia sanitaria que permiten diseñar estrategias de control del cáncer, desde la investigación etiológica y la prevención primaria y secundaria hasta la planificación sanitaria y la atención, ya que la información que procesan permite calcular indicadores epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y sobrevida, útiles para el monitoreo de la situación del cáncer en la sociedad (Piñeros, 2017).

Figura 1: Distribución de las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas. Cáncer gástrico, ambos sexos, todas las edades. 2020

Incidencia



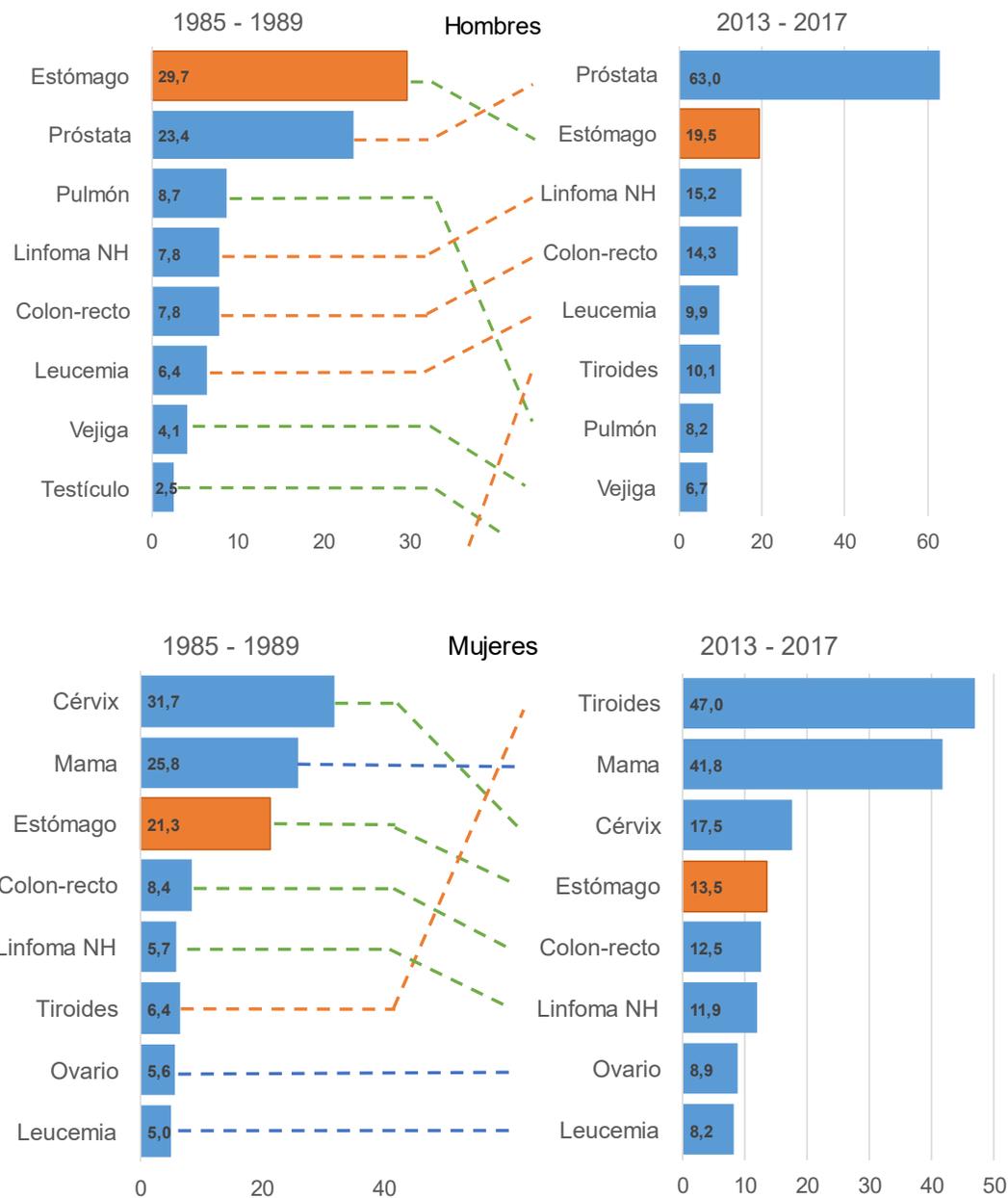
Mortalidad



Fuente: Ferlay, 2021

También se ha podido identificar que el cáncer gástrico se ha mantenido dentro de los 5 tipos de cáncer más frecuentes en la población quiteña, tanto en hombres como en mujeres desde 1985 (Cueva, 2022). Aunque ha existido una disminución en las tasas de incidencia del cáncer gástrico, éste sigue presentando una amplia carga de enfermedad en la ciudad como se puede apreciar en la figura 2.

Figura 2: Cambios en la distribución de cánceres más frecuentes en dos períodos de diagnóstico de 1985-1989 a 2013-2017, según sexo, Quito.

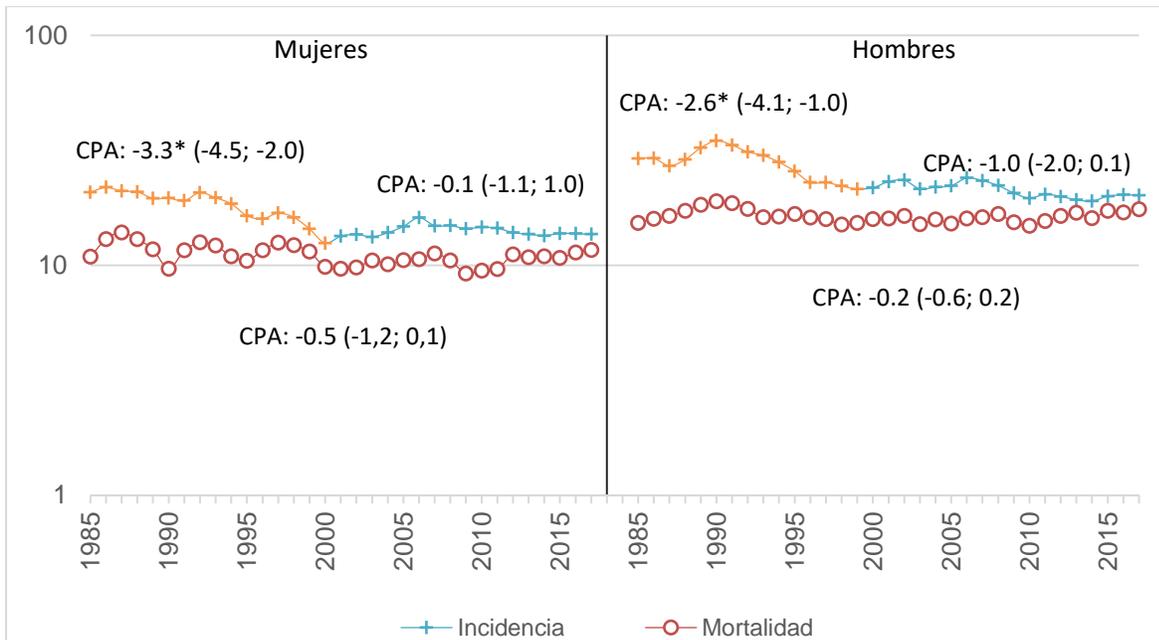


Y: localizaciones de cáncer; X: tasas estandarizadas por 100 000 habitantes. Fuente: elaboración propia basada en la publicación del Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2022)

Por último, los análisis detallados de tendencia han evidenciado un estancamiento a partir del año 2000, es decir, los indicadores ya no descienden de manera significativa estadísticamente (Tarupi, 2019; Cueva, 2022). En el caso de la incidencia, ésta estuvo compuesta por un primer período (1986-1999) de fuerte descenso con un cambio porcentual anual (CPA) de -2,6 en hombres (95% Intervalo de Confianza [IC]: -4,1; -1,0), y de -3,3 en mujeres (95% IC: -4,5; -2,0), seguido de un descenso menos importante y no

significativo en hombres (CPA= -1,0, IC 95%: -2,0; 0,1) y en mujeres (CPA= -0,1, IC 95%: -1,1; 1,0) hasta el año 2017. Las tasas de mortalidad disminuyeron constantemente tanto en hombres (CPA= -0,2, 95% IC: -0,6; 0,2) como en mujeres (CPA= -0,5, 95% IC: -1,2; -0,1) a lo largo de todo el período de análisis de manera no significativa (figura 3) (Tarupi, 2019; Cueva, 2022).

Figura 3: Tendencia de incidencia y mortalidad por Cáncer gástrico en Quito 1985 - 2017, según sexo



Y: Tasa estandarizada por 10,000 años persona; X: año del diagnóstico/muerte. CPA: Cambio porcentual anual obtenido a partir de modelos de regresión de Joinpoint, las cifras entre paréntesis son Intervalos de Confianza al 95% de CPA; una estrella indica una significación estadística de 0.05, representado por cambio de color en la línea de tendencia. Escala logarítmica. Fuente: elaboración propia basada en la publicación del Registro Nacional de Tumores, (Cueva, 2022)

Las tasas de incidencia y mortalidad llegaron a un umbral desde el cual ya no descienden, volviendo necesario tomar acciones para reducir la carga de esta enfermedad, lo preocupante de esta situación es que este umbral es superior al promedio mundial.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que enfermar y padecer de cáncer gástrico implica para el paciente una pérdida de su autonomía, y por lo tanto la necesidad de asistencia para cuidar de su salud, específicamente en la provisión de alimentación, abrigo, limpieza, acompañamiento, hasta el apoyo emocional y moral (Cepal, 2020). En ese sentido, si bien

la estrategia nacional guía las acciones para el manejo integral del cáncer en todo el sistema de salud ecuatoriano, también son necesarias políticas de cuidado que tomen en cuenta aspectos asociados al tiempo y recursos para cuidar de personas que padecen esta enfermedad. Actualmente el país cuenta únicamente con políticas de cuidado para las personas con discapacidad. Así mismo, preocupa la respuesta institucional organizada por medio del sistema de salud y, de manera específica, de los servicios de atención oncológica con los que cuenta la ciudad para satisfacer las necesidades de los pacientes. Sobre esto se tratará a continuación.

1.1.1. Sistema de salud

El sistema de salud ecuatoriano se caracteriza por ser segmentado y fragmentado⁸, este consta de tres segmentos que manejan sus propios arreglos de financiamiento, gestión de servicios, sistemas de información, sistemas de afiliación y provisión de recursos: el público, la seguridad social y el privado.

De acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida y a los Anuarios de Estadísticas de Salud, el segmento público cubre el 57,1% de la población ecuatoriana (INEC, 2014), por intermedio del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social, las municipalidades y las unidades de atención de la Dirección de Rehabilitación Social. Este subsistema tiene la provisión más amplia de servicios del país, cuenta con el “47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país” (Lucio, 2011: p. 181).

La Seguridad Social cubre al 38,9% de la población, de manera específica, a los trabajadores bajo relación de dependencia⁹, ya sean del sector público o del privado, o a aquellos que optan por la afiliación voluntaria. Este subsistema brinda los servicios de

⁸ La segmentación es entendida como la coexistencia de subsistemas con diferentes modalidades de financiación, afiliación y prestación de servicios, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de población (Montenegro, 2011). En tanto, la fragmentación implica la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud en un mismo segmento” (Bursztyn, 2010, p. 78).

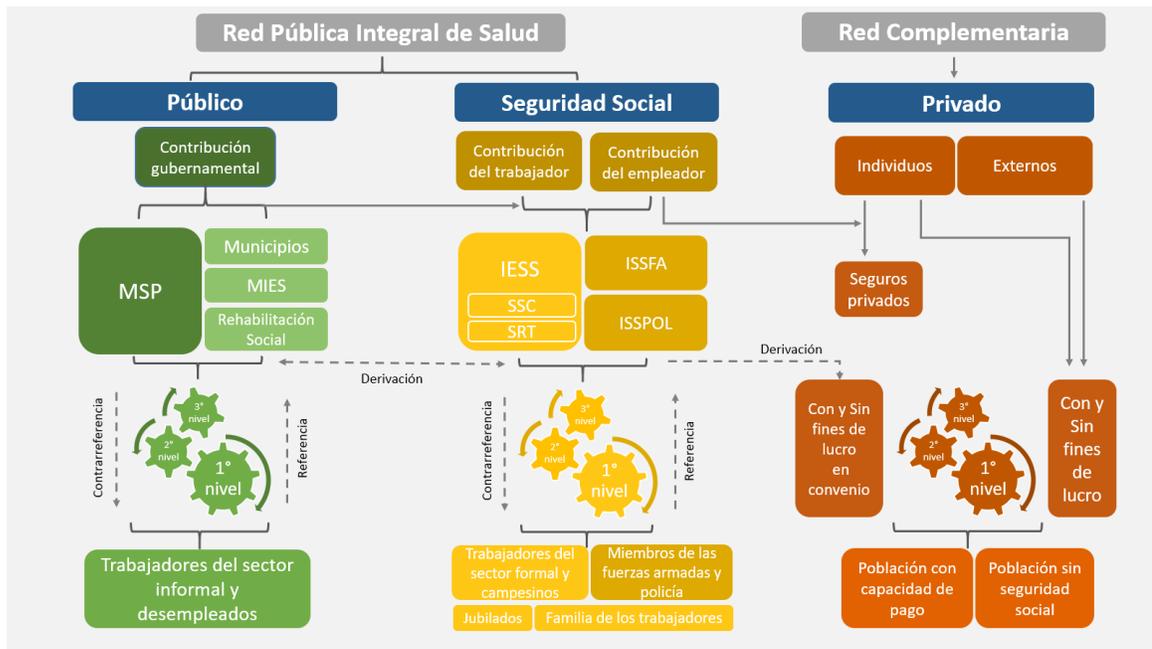
⁹ Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. La afiliación a la seguridad social es un derecho irrenunciable para todos los trabajadores del país (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

salud por intermedio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye la seguridad individual y familiar general (IESS), el Seguro de Riesgos del Trabajo (SRT), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (Isspol) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa). Por su parte, el segmento privado cubre al 4,0% de la población, de manera específica, a las personas que pueden pagar el costo de prestadores privados (INEC, 2014; Lampert- Grassi, 2019). Este segmento está concentrado sobre todo en la zona urbana del país (Lucio, 2011; Molina, 2019).

Frente a este escenario, en el año 2012, se propuso el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FC) para superar la visión curativa y propender a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Pero también, para reorganizar la institucionalidad, definiendo la forma de interacción de los sectores público y privado, e intentar superar la segmentación y fragmentación del sistema. Así, se conformó la “Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria” para integrar, organizar y homogenizar el acceso a servicios de salud. Esta red se conforma por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Por su parte, la red complementaria constituye el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas de seguros de salud y medicina prepagada que laboran en el país y tienen fines de lucro.

Al mismo tiempo, se definieron varias normas técnicas para garantizar la integración entre actores de la red (MSP, 2012) como, por ejemplo: el subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud (MSP, 2014); la homologación de la tipología de los establecimientos de salud y conjunto de prestaciones (Acuerdo Ministerial 5212, 2015), y el tarifario general de prestaciones para el Sistema de Salud (MSP, 2014). De esta manera, se organiza los servicios de salud en niveles de atención, que rige para todo el sector salud del país: el primer nivel por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, y se convierte en la puerta de entrada al sistema de salud, de ahí se referirían y derivarían pacientes al segundo y tercer nivel de atención solo cuando fuera necesario. Una vez tratados los casos más graves en los niveles superiores, los pacientes serían contrarreferidos al primer nivel para el seguimiento oportuno (figura 4) (Molina, 2019).

Figura 4: Estructura del Sistema Nacional de Salud



Elaboración propia. Fuente: Lucio, 2011; MSP, 2012

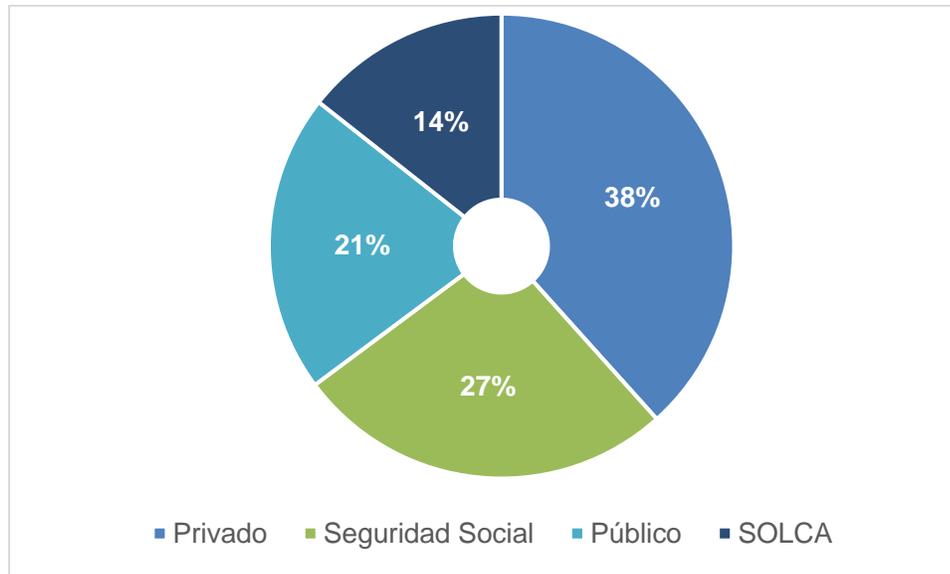
La investigación de Adriano Molina que triangula la información de fuentes secundarias (informes, protocolos, reglamentos expedidos por el MSP para el funcionamiento del sistema) con fuentes primarias (entrevistas a actores clave de cada uno de los diferentes segmentos del sistema de salud), concluye que los resultados esperados sobre integración y organización del acceso a los servicios de salud se ven limitados por la fuerte segmentación y fragmentación del sistema (2019).

Por otra parte, un estudio que analiza el comportamiento de la provisión de servicios, de los índices de morbilidad y mortalidad, de los recursos humanos, el acceso y disponibilidad de medicamentos, y financiamiento en el periodo 2010 – 2016; evidencia que, aunque se presentan avances en la conformación de la red integral de servicios y, un incremento en el personal de salud, unidades de salud y de equipamiento médico, persisten las barreras de acceso a la atención integral, y oportuna de la salud. Además, se presenta una limitada protección financiera que se refleja en el elevado gasto de bolsillo (Cañizarez, 2017). Las evaluaciones a la red, si bien son relativamente tempranas para analizar el efecto sobre la salud de los ecuatorianos, permiten monitorear la articulación del Sistema de Salud en Ecuador que se impulsa desde el año 2012.

Estimaciones internacionales para el año de 2016 revelan que el gasto de bolsillo de los ecuatorianos es equivalente al 41,4% del gasto total en salud y esto coloca a Ecuador como el segundo país de América Latina con el mayor flujo de salida en esta categoría, después de Brasil, con 43,9% (Chang, 2019). Si se toma en cuenta que la atención en cáncer requiere de cuidados integrales, el elevado gasto de bolsillo podría sumir en la pobreza a los pacientes y sus familias que, en un intento de financiar la atención, se ven obligados a sacrificar otras necesidades básicas, como alimentación, vivienda y educación. Mucho más si se trata de familias sin acceso al seguro público, como lo demuestra el informe de Felicia Knaul (2013). También es importante tener en cuenta que la creciente dinámica de transformación tecnológica y de conocimientos científicos sobre el cáncer, constituyen a este en uno de los campos de mayor innovación que tienden, bajo el actual modelo de innovación científico-técnico, a incrementar los costos de la atención.

En cuanto a la atención oncológica, la capacidad instalada del sector privado supera a la del sector público y de la seguridad social (Ruales, 2018), situación que impacta en los itinerarios de atención y repercute en inequidades en la atención sanitaria. Los desequilibrios en la asignación de recursos hacen que la oferta al sector más pobre sea mínima y, por lo tanto, no logran satisfacer las necesidades de los pacientes (Villacrés, 2016). Esta situación se refleja, por ejemplo, en el hecho de que el sector público y de la seguridad social no cuentan con un hospital especializado en cáncer, como si lo tiene el sector privado; o en el hecho de que la mayor parte de los nuevos diagnósticos de cáncer en general, y del cáncer gástrico en particular, se realizan en el sector privado (figura 5), de acuerdo con la información publicada por el Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2019).

Figura 5: Casos nuevos de cáncer según establecimiento de diagnóstico, Quito 2011 – 2015



Elaboración: propia. Fuente: RNT, 2019

Esta situación coincide con la evaluación de la atención oncológica en Latinoamérica realizada en el año 2013, la cual demostró el impacto negativo de la estructura segmentada y fragmentada en el acceso a diagnóstico y tratamiento de la población afectada, y su consecuente impacto en la garantía del derecho a la salud. Evidenció, además, que los sistemas de salud segmentados y fragmentados, como el ecuatoriano, causan retrasos en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, momentos que se asocian con la enfermedad en etapa avanzada y contribuyen a las altas tasas de mortalidad (Goss, 2013). Es bien sabido que, si el cáncer gástrico se diagnostica en su etapa inicial, es más probable que el tratamiento sea eficaz, la probabilidad de supervivencia aumente, la morbilidad se reduzca y el tratamiento sea más barato (Varon, 2020).

No solo se trata de las limitaciones de la segmentación estructural del Sistema de Salud en cuanto a la cobertura de diferentes grupos poblacionales, sino también de la fragmentación en los diferentes tipos de prestaciones recibidas, dado el financiamiento diferenciado de las entidades públicas y privadas (Villacrés, 2016). Esta situación coincide también con la evaluación de los servicios oncológicos en Latinoamérica, la cual encontró que, en su mayoría, los sistemas que tienen una asignación de recursos desequilibrada presentan prestaciones reducidas para el sector más pobre de la población, redundando en inequidades para la atención del cáncer (Goss, 2013). En definitiva, la atención

oncológica en Ecuador tiene limitaciones que obedecen a la propia estructura del sistema de salud.

Si bien se han hecho acciones para consolidar la integralidad del Sistema de Salud, en la práctica persiste su segmentación y fragmentación, convirtiéndose en un obstáculo histórico para lograr la cobertura universal en la atención de la salud, además de condicionar la eficiencia en el empleo de los recursos (Ruales, 2018).

1.1.2. Delimitación espacio temporal

El escenario se vuelve más complejo en el momento en que los servicios de salud se encuentran concentrados en ciertos sectores urbanos, como en el caso de Quito.¹⁰ Y es que, en la capital ecuatoriana, durante el último siglo, se configuró una segregación social a lo largo de su territorio, que ha dado como resultado una distribución desigual de servicios básicos, de salud y educación (MDMQ, 2011). Esta segregación socio/espacial, que implica la coexistencia de sectores de altos ingresos con sectores de bajos ingresos en proximidad espacial, no ha significado necesariamente una integración social (Carrión, 2019), sino más bien una reproducción de inequidades sociales que repercuten de forma negativa en la salud de los individuos y grupos sociales, ya que los pone en desventaja para alcanzar su máximo potencial en salud.

Haciendo uso de la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Secretaría Metropolitana de Salud del Distrito Metropolitano de Quito construyó un índice de determinantes sociales¹¹, para identificar la brecha de desigualdad entre parroquias. El índice comprende: "porcentaje de viviendas con conexión de servicio higiénico a red pública de alcantarillado; porcentaje de viviendas que reciben agua por red pública; porcentaje de viviendas que eliminan la basura por carro recolector; porcentaje de

¹⁰ La ciudad de Quito es la capital del Ecuador, constituye la segunda ciudad más grande y poblada del país. Se encuentra en la región Andina, a 2800 metros sobre el nivel del mar. La extensión de la ciudad es de 127 Km² y su población para el año 2021, de acuerdo con las proyecciones del Instituto de Nacional de Estadísticas y Censos 2020-2025, alcanzó los 2 827 106 habitantes.

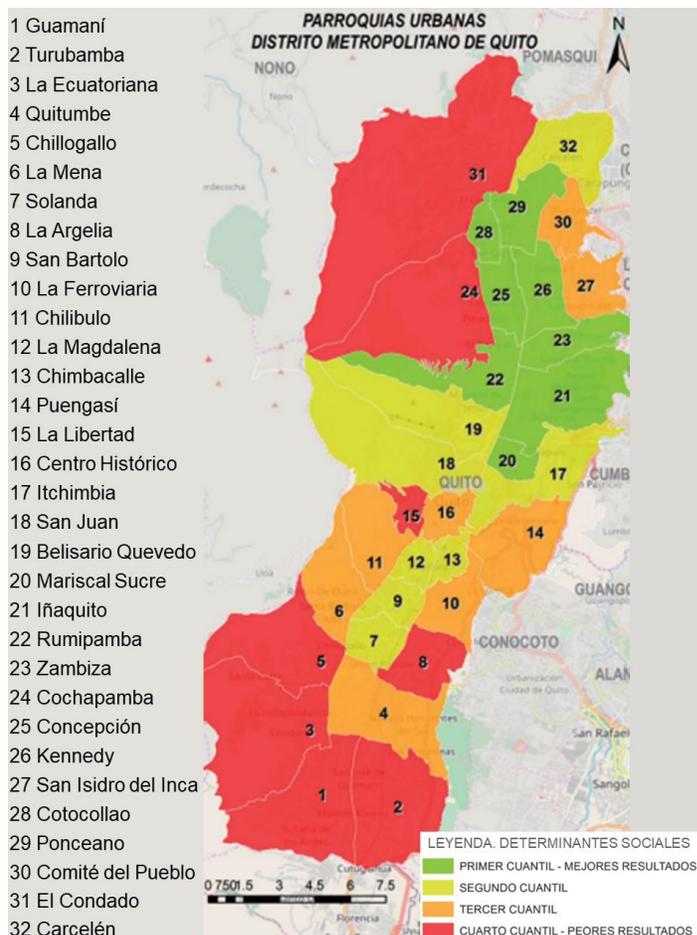
¹¹ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (OMS, 2005).

la población dependiente de la biomasa y del carbón como la principal fuente de energía en los hogares para cocinar; promedio de años de escolarización; porcentaje de nacimientos registrados asistidos por personal de salud; tasa de alfabetismo de 15 o más años; porcentaje de sobrepeso y obesidad; tasa específica de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años; porcentaje de nacidos vivos con un peso inferior a 2500 gramos; y porcentaje de la población cubierta por algún tipo de seguro médico” (SMS, 2017, p. 18).

De acuerdo con este índice, las parroquias¹² urbanas del sur y noroccidente de Quito tienen un índice más elevado que refleja peores resultados de los indicadores de determinantes sociales (figura 6) (SMS, 2017).

Figura 6: Distribución del índice de determinantes sociales por parroquias urbanas de Quito, 2017

¹² Para la administración del Estado ecuatoriano y la representación política, este se distribuye en provincias, cantones y parroquias. Las parroquias son la división político-territorial de menor rango. De acuerdo con el Plan Metropolitano de Desarrollo, el Distrito Metropolitano de Quito se divide en 9 administraciones zonales, las cuales contienen 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas (MDMQ, 2011).



Fuente: SMS (2017).

Evidentemente, las circunstancias en las que la población quiteña desarrolla sus proyectos de vida son diferentes. Y aunque, en términos territoriales, son el resultado de una configuración histórica de crecimiento urbano, tienen impacto negativo en los estados de salud de quienes viven en Quito. De tal suerte que enfrentar al cáncer gástrico, en este contexto, está determinado por las circunstancias y condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

En ese orden de ideas, el tema a investigar es pertinente y de interés para la salud pública ecuatoriana, toda vez que resulta clave para la construcción de una política pública integral. Considerar las inequidades sociales en el desarrollo de esta enfermedad resulta indispensable para repensar las estrategias de intervención. De ahí la necesidad de comprender esas diferentes formas de enfermar, padecer y morir por cáncer gástrico en la

ciudad de Quito, como orientación a las futuras intervenciones que se espera que reduzcan la brecha de inequidad. Desde aquí surge la pregunta que orienta este trabajo:

1. ¿De qué manera afectan las inequidades sociales en el *continuum* del cáncer gástrico en pacientes que han recibido atención oncológica en Quito, en el período de 1996 - 2015?

1.2. Objetivo general

Analizar las inequidades sociales asociadas al *continuum* del cáncer gástrico, de pacientes que han recibido atención oncológica en la ciudad de Quito, en el período 1996 -2015

1.3. Objetivos específicos

1. Determinar las inequidades sociales en la incidencia, mortalidad y supervivencia de personas diagnosticadas con cáncer gástrico en Quito, a partir de la información histórica del registro de cáncer de base poblacional.
2. Identificar las inequidades sociales en los cuidados de la salud en personas diagnosticadas con cáncer gástrico en Quito, a partir de las experiencias de pacientes y sus familiares, así como profesionales de la salud, al interior de los servicios oncológicos.
3. Comprender la dinámica de la red pública integral en salud y red complementaria en el manejo del cáncer en Ecuador, que permita recomendar lineamientos de mejora.

Capítulo 2: Recursos teórico-metodológicos

En este apartado se presenta el encuadre teórico y metodológico que sustenta el presente trabajo. Empieza sintetizando las principales racionalidades sobre la justicia social que han dado forma a las concepciones en torno a las inequidades sociales en los últimos años. Luego, se exploran los conceptos de inequidades sociales en salud y específicamente, se profundiza en la propuesta de la medicina social latinoamericana, en concreto, la formulada por el intelectual brasileño Naomar Almeida-Filho, respecto al modelo sintético para analizar inequidades sociales en enfermedades crónicas, para, a *posteriori*, adaptarlo al estudio de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico, mediante la construcción de un modelo de análisis de las inequidades sociales en el *continuum* de dicha enfermedad. En un segundo momento, se explica la metodología utilizada para el desarrollo de la presente tesis. Se detallan tanto los métodos y técnicas cuantitativas como las cualitativas.

2.1. Inequidades sociales: debates contemporáneos e implicaciones en salud

El tema de las inequidades sociales y su relación con el nivel de salud de la población no es nuevo. Desde las primeras investigaciones epidemiológicas, ya en el siglo XVIII, se han estudiado brotes epidémicos, enfermedades profesionales, mortalidad infantil y otros problemas de salud para resaltar las diferencias que existen entre los grupos sociales. Los trabajos clásicos de Eugenio Espejo sobre el contagio de la viruela en Quito (1785), Louis Villermé sobre los trabajadores de tejidos en Francia (1840), Friedrich Engels sobre las condiciones de la clase trabajadora inglesa (1842), Rudolf Virchow sobre las epidemias de tifus en las minas de Alta Silesia (1848) y John Snow sobre las epidemias de cólera en Londres (1854), trataron de relacionar las condiciones de vida de las personas con su situación de salud, destacando el exceso de riesgo de enfermarse y morir entre los grupos

más pobres de la población y entre quienes fueron sometidos a condiciones de explotación y trabajos forzosos (Rosen, 1979; Barradas, 2001).

En el siglo XX, el trabajo de Hugo Behm sobre los determinantes de la mortalidad en América Latina explicó tanto la generación de “excedentes” de mortalidad por etnia, por grupos de edad y por clases sociales —tanto entre países como al interior de estos—, al igual que la manera en la que los diferenciales de mortalidad se explican a partir de las inequidades sociales y económicas (1979). Por otro lado, en el contexto de expansión de las enfermedades crónicas, se encuentran los estudios clásicos de Sir Michael Marmot de 1978 y 1991, que visibilizaron el gradiente entre las diferentes clases socio-ocupacionales, demostrando que en los niveles inferiores de la escala ocupacional se presentaban las mayores tasas de mortalidad (particularmente de infarto agudo de miocardio), en comparación con los niveles ejecutivos, cercanos al nivel político (Marmot, 1978; Marmot, 1991).

El famoso informe de Sir Douglas Black, en 1980, presidente del Colegio de Médicos Británicos, visibilizó el gradiente entre las diferentes clases socio-ocupacionales, en ambos sexos y en todas las edades, pero además reveló que se habían incrementado durante todo el siglo XX. Ese estudio, conocido como Informe Black, constituiría el “primer estudio encargado por un Gobierno occidental para la documentación de la evolución de las inequidades en salud entre su población” (Navarro, 1996, p. 519); sus conclusiones generaron impacto y supuso un gran estímulo para el debate de las desigualdades sociales en salud, desde varias disciplinas, en Europa (Regidor, 1994).

Así, en 1993, el Gobierno español, con la finalidad de realizar un estudio similar al informe Black, nombró una comisión científica en España. Esta comisión, liderada por Vicente Navarro, analizó las inequidades sociales en salud en función de la clase social, sexo, edad y residencia en comunidades autónomas, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993. El informe incluyó varios estudios sobre inequidades sociales y su impacto en la salud: 1) estudio sobre la mortalidad en el ámbito regional y local; 2) estudio de morbilidad, salud percibida y conductas asociadas a la salud estatal, regional y local; y 3) estudio del uso y acceso de servicios sanitarios de ámbito nacional, regional y local.

Navarro y sus colaboradores presentaron una gran cantidad de análisis en diferentes causas de mortalidad, causas de morbilidad, hábitos, demanda de atenciones ambulatorias y hospitalarias. El informe confirmó que, al analizar las condiciones sociales (sexo, edad, posición socioeconómica, residencia en comunidades autónomas), las clases sociales altas tenían mejor salud que las más bajas. Por ejemplo, encontraron altos niveles de mortalidad en la región sur-suroeste de España, zona con mayor grado de privación material. Esta gran cantidad de información les permitió plantear recomendaciones para mejorar los sistemas de información, así como también sugerencias de políticas sanitarias para reducir las inequidades en salud a escala nacional (Navarro, 1996).

En el nuevo siglo, durante la primera década, el tema de las inequidades sociales en salud llegó a las agendas políticas internacionales. La Organización Mundial de la Salud conformó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en el año 2004, para recoger evidencias sobre cómo las relaciones de empleo, globalización, servicios sanitarios, exclusión social, género, ambiente urbano o desarrollo infantil producen inequidades en salud en el mundo entero. La Comisión estuvo conformada por científicos, políticos, representantes civiles, bajo la coordinación de Michael Marmot y su equipo de la University College of London.

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, que lleva como título “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, demostró que no solo la muerte y la enfermedad son más frecuentes entre los grupos pobres, sino que existe un gradiente de salud según el cual, a medida que se desciende en el nivel de riqueza, educación, ocupación y otros determinantes sociales, empeora de forma progresiva la salud de los ciudadanos (2005). Detalla también recomendaciones y prioridades que tienen que ver con mejorar las condiciones de vida cotidianas, medir y comprender los problemas y evaluar el impacto de las intervenciones a realizar y, sobre todo, luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos.

Parafraseando a Spinelli, entonces, nos encontramos frente a un escenario que ya era conocido, visibilizado y denunciado durante los últimos tres siglos (Spinelli, 2004). Este interés, que se renueva de manera continua, ha hecho posible el desarrollo de propuestas, debates y teorías que han dado forma a la movilización en torno a la equidad en salud,

haciendo posible una agenda global (Borde, 2019), sin que esto implique que exista una visión unívoca o un acuerdo tácito sobre la comprensión de la equidad.

De hecho, existen múltiples concepciones de equidad, ya que hablar de ésta implica valorar las diferencias desde una idea de justicia social (Almeida-Filho, 1999; Spinelli, 2004; CSDH, 2008; Barreto, 2017) y, por lo tanto, está profundamente relacionada con posiciones ético-políticas. Por otro lado, la idea de justicia en una sociedad varía según las condiciones históricas, socioculturales, económicas o políticas. En definitiva, nuestro juicio sobre la equidad está cruzado por valores y, por lo tanto, es un asunto relativo a nuestras posturas ética, moral, política y, de manera más general, relativa a los proyectos de sociedad en los que nos inscribimos (Vega-Romero, 2001; Hernández, 2008; Linares-Pérez, 2008; Peñaranda, 2015). De ahí que es posible identificar diversas maneras de entender y asumir lo justo en materia de salud que se encuentran en permanente confrontación y con predominios de unas sobre otras en cada sociedad (Hernández, 2008).

Para Nancy Fraser, la justicia social puede ser abordada a partir de dos dimensiones: desde la redistribución y desde el reconocimiento. La primera representa el análisis y evaluación de las injusticias socioeconómicas, arraigadas en la estructura económico-política de la sociedad. La segunda tiene que ver con la evaluación de las injusticias en el reconocimiento, arraigadas en los modelos sociales de representación, interpretación y comunicación (Fraser, 1997). Aunque en términos analíticos la autora hace la distinción entre injusticia económica e injusticia cultural, reconoce que, en la práctica, las dos se entrecruzan.

Esta autora contemporánea, al exponer dos dimensiones de la injusticia social, problematiza la complejidad de esta, al ejemplificar desde un abordaje analítico/metodológico las injusticias en la redistribución y en el reconocimiento de manera independiente. Esta postura introduce elementos adicionales al análisis de la injusticia, proponiendo un diagnóstico más completo que aquellos enfoques que se reducen a una sola dimensión. En el marco de esta tesis, Fraser permite reconocer la importancia de tener conciencia de las diferentes necesidades de las personas en términos de justicia, así como, acotar el alcance de este trabajo en el sentido de que se indagará, únicamente, las inequidades socioeconómicas arraigadas en la estructura económico-política de la sociedad.

A continuación, en línea con los objetivos de esta tesis, se presenta una revisión de las posturas teóricas más predominantes de justicia social desde la dimensión (re)distributiva; esto, debido a que las distintas posturas conviven en conflicto en el interior de las sociedades, por lo que es preciso hacerlas explícitas para tomar conciencia de las implicaciones de estas en la salud pública.

2.1.1 (re) Distribución

Considerando la (re)distribución¹³ de bienes materiales y servicios como dimensión de análisis de la justicia social, en primer lugar, tenemos la concepción liberal, que se sustenta en las propuestas contractualistas de John Locke, para quien existe una ley natural portadora de la voluntad de Dios, por la cual se establece que los hombres son iguales y detentan tres derechos naturales: vida, libertad y propiedad¹⁴. Locke plantea la conformación de un Estado¹⁵ que defienda y garantice solo estos tres derechos individuales (Canto, 2015; Arias-Valencia, 2017).

Desde esta postura¹⁶, los individuos se guiarían por la persecución de sus propios fines, producto del deseo universal de conservación, sin depender de obligaciones para con los demás. La salud, por ejemplo, desde esta perspectiva no es un derecho natural que deba ser garantizado por el Estado. Así, todas aquellas capacidades que permiten estar

¹³ El Diccionario de la Real Academia Española define el término *distribución* como el acto de “dividir una cosa entre varias, designando lo que a cada uno le corresponde, según voluntad, conveniencia, regla o derecho” (Real Academia Española, s.f., definición 1). Por otra parte, define al término *redistribución* como “distribuir algo de forma diferente a como estaba” (Real Academia Española, s.f., definición 2)

¹⁴ Locke, en *Ensayo sobre el gobierno civil*, emplea su concepto amplio de propiedad, entendida como vida, libertad y hacienda y, en otras, utiliza una definición más restringida de propiedad, limitada a las posesiones de los hombres que, en determinadas circunstancias, es más sagrada aún que la vida misma (Canto, 2015, p. 43).

¹⁵ Locke propone un modelo de gobierno con tres poderes, organizados alrededor de los acuerdos, las relaciones y las transacciones entre los individuos: una ley común válida para todos, un juez para decidir en caso de controversias y un ejecutivo para hacer valer las sentencias.

¹⁶ Tiempo después, esta postura fue reinterpretada por Nozick en 1974, influenciando de forma radical el neoliberalismo en la década de 1970, llegando a plantear incluso que una política igualitaria que intente sustituir las relaciones entre individuos por formas de redistribución sería inmoral e injusta (Arias-Valencia, 2017; Hernández, 2011).

saludable deben obtenerse de forma prioritaria por medio del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección (Linares-Pérez, 2008).

No existe la posibilidad de redistribución y los derechos naturales del individuo priman sobre los derechos sociales (Arias-Valencia, 2017). Esto implica, para el caso de los pacientes con cáncer gástrico, que los diferenciales en la incidencia, mortalidad y supervivencia producto de inequidades en la posición socioeconómica, etnia y género, en sí mismas, no son un problema, al contrario, serían consideradas naturales (Morales, 2013), ya que corresponden a la naturaleza misma de lo humano y por tanto no pueden ser consideradas injustas.

Si solo se garantiza que cada persona persiga sus propios intereses, sin tomar en cuenta las consecuencias de sus actos en el bienestar de los demás, y sin considerar los intereses que los demás pueden tener, las libertades civiles de la mayoría se verían afectadas, en beneficio de los más pudientes (Canto, 2015). A decir de algunos críticos, esta priorización individual pone en riesgo la democracia, ya que los excesos de pobreza tornarían al individuo objeto de manipulación y, por otro lado, la desmesura de riqueza permitiría la concentración de poder (*Ibid.*). En definitiva, el dominio de un grupo sobre otro no constituye un contrato justo.

La perspectiva utilitarista, planteada en 1863 por Jeremy Bentham como una métrica para distribuir, considera que el objetivo individual y social por primacía es la felicidad, entendida como el balance entre placer y dolor que se genera en una acción. Para Bentham, quien propone el principio de utilidad para evaluar las acciones humanas justas, estas últimas son aquellas que buscan alcanzar “la mayor utilidad para el mayor número de personas”. De ahí que el cálculo que permita conocer el número de seres humanos felices es el más adecuado para valorar las acciones justas del Estado (Bentham, 1817 [1983]; 1839; 1965-1966).

El utilitarismo toma como representante de la felicidad a la riqueza. Así, la distribución justa no es más que la mayor suma de felicidad (riqueza) de cada individuo, independientemente del modo en que se realicen las distribuciones. Las acciones distributivas entonces son justas en el sentido de que son útiles para el mayor número de personas (Vega-Romero, 2001; Linares-Pérez, 2008). Como tal, no existe una preocupación por la inequidad en la

utilidad, sino más bien en la maximización de la suma total de utilidades, sin dar importancia a la distribución.

El hecho de que existan personas más sanas o más felices no implica que las afectaciones o sufrimientos del resto se reduzcan, limiten, remedien o eliminen (Sen, 2001). Cada persona merece ser considerada como tal, y esto es, precisamente, algo que no considera el utilitarismo, al no tomar en cuenta las distribuciones interpersonales. Al centrarse en las consecuencias, o más bien, en los beneficios finales de las acciones sociales distributivas, siempre dejará una minoría excluida en desventaja frente a los beneficiados (Arias-Valencia, 2017). De ahí que las inequidades sociales en cáncer gástrico, desde esta perspectiva, no resultan problemáticas, porque el fin último de este enfoque consecuencialista es satisfacer a la mayoría, así esta sea el 51% del total.

Pensar que todos los seres humanos compartimos las mismas creencias de lo que está bien o de lo que es bueno, con base en las acciones que nos generan más felicidad, no es compatible con la realidad. Ya sea por creencias personales, la experiencia subjetiva de felicidad, basada en más placer y menos dolor, es diversa. Críticos al respecto encuentran una distorsión adicional en el momento en que se trata de sociedades con inequidades sociales históricas y persistentes. Para quienes, de manera histórica, han vivido en exclusión, marginación y han aprendido a controlar sus deseos y placeres en gratificaciones mínimas, los cálculos sociales basados en los placeres y deseos solo redundarían en ampliar las inequidades sociales existentes (Cohen, 2001). Por otro lado, esta perspectiva privilegia las soluciones técnicas especializadas; por ejemplo, la focalización de servicios de salud en los más desaventajados o en poblaciones priorizadas, perspectiva que termina naturalizando las inequidades sociales (Hernández, 2008).

Por otra parte, se encuentra la perspectiva del liberalismo social, propuesta en 1971 por John Rawls, que considera que el objetivo primario de la justicia es la conformación de la estructura básica de la sociedad, entendida como la forma por la cual las instituciones determinan lo que resulta favorable para cada individuo. Lo que interesa a Rawls es el carácter procedimental de la justicia social y no los resultados concretos. Es decir, pensar en cómo serían las instituciones que garanticen de manera universal la justicia social (Rawls, 1971).

Rawls plantea que una sociedad justa se sostiene en acuerdos entre personas libres y racionales, quienes, dejando de lado sus intereses particulares, establecen los principios generales de la justicia de manera imparcial. Rawls, a diferencia de Bentham, reconoce la existencia de posiciones sociales diferentes y, por lo tanto, es consciente de la pluralidad de intereses personales y de grupo. Así, adopta el concepto de “velo de la ignorancia” como elemento que vuelve imparciales las decisiones sobre lo justo al mantener desconocidos los intereses de las personas involucradas en el acuerdo. Es decir, los acuerdos se dan entre personas sobre las cuales ha caído un velo de ignorancia que les impide saber la posición que ocupan en la sociedad. Si bien Rawls reconoce una posición inicial desigual —la cual intenta diluir mediante el uso del “velo de la ignorancia” como elemento abstracto—, no cuestiona las bases estructurales de las inequidades preexistentes.

El “velo de la ignorancia” es fundamental para establecer la imparcialidad del acuerdo, pues las personas involucradas tratarán de asegurar que su posición, sea la que sea, esté en igualdad de condiciones con cualquier otra. A partir de aquí, el acuerdo debe asegurar el cumplimiento de dos principios: 1) el derecho de cada persona a un conjunto adecuado de libertades básicas¹⁷ compatible con el disfrute de las mismas libertades por parte del resto de individuos; y 2) regular las desigualdades socioeconómicas, aceptándolas solo si: a) están asociadas a posiciones y cargos accesibles para todos (principio de la justa igualdad de oportunidades); y b) son necesarias para mejorar la situación de los más desaventajados de la sociedad (principio de la diferencia) (Rawls, 1971, p. 53).

Los elementos que se tratan en estos acuerdos, aquellos que se piensa distribuir de manera equitativa en la sociedad, son los bienes primarios¹⁸. Según Rawls, los bienes

¹⁷ Las libertades básicas iguales para todos, según Rawls, son las siguientes: las libertades políticas (derecho de voto y de elegibilidad), la libertad de expresión y de reunión, la libertad de conciencia, la integridad de la persona, el derecho de propiedad personal y el acceso a una justicia que corresponda a los principios del Estado de derecho (Rawls, 1971, p. 61).

¹⁸ Para Rawls, “los bienes primarios son cosas que se supone [que] quiere un hombre racional con independencia de que quiera algo más. Se asume que, al margen de lo que sean en detalle los planes racionales de un individuo, existen determinadas cosas de las que él preferiría tener más que menos. Con más bienes de estos, puede generalmente garantizarse que, cualquiera que sea el fin, este podrá ser fructuosamente alcanzado y sus intenciones llevadas a cabo” (Rawls 1971, p. 54). Los bienes primarios que Rawls considera son de cinco tipos: a) libertades básicas, b) libertad de movimiento y de elección de ocupaciones, c) poderes y prerrogativas respecto a cargos y

primarios constituyen aquellas condiciones y medios precisos para perseguir y promover cualquier plan de vida racional. Sin embargo, se debe hacer una diferencia entre bienes primarios sociales y naturales. Los primeros —derechos, libertades, oportunidades, ingreso y riqueza— son los que entran en el ámbito de la justicia; los segundos, por otro lado —entre los que se incluye a la salud—, quedan fuera de la prerrogativa de distribución justa. De hecho, estos últimos no están bajo el control de la estructura básica de la sociedad.

El hecho de que, desde esta perspectiva, la salud no sea un bien primario social que requiera atención de parte de la estructura básica de la sociedad, ni siquiera como requisito previo para el disfrute de otros bienes, implica que las instituciones no tengan ningún motivo para establecer medidas que garanticen su promoción, individual o colectiva (Añón, 2021). En este orden de ideas, las inequidades en salud, como las encontradas en los pacientes con cáncer gástrico y que han sido referidos a lo largo de este trabajo, no merecen consideración como tal desde esta perspectiva.

En el contexto de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han rescatado los aportes de la teoría rawlsiana, ya que la OMS propone actuar sobre los determinantes sociales para alcanzar la equidad sanitaria, lo que coincide con la perspectiva rawlsiana en que la distribución de los bienes primarios sociales es de lo que se debe encargar la estructura básica de la sociedad. Daniels y sus colaboradores, por ejemplo, identifican fuertes motivos para reivindicar el legado de Rawls en la propuesta de los determinantes sociales de la salud, ya que las diferencias en salud que han develado estas investigaciones están vinculadas a injusticias en las estructuras sociales (Daniels, 2008; Añón, 2021). Sin embargo, y como lo afirma Carolina Morales, aunque desde esta postura se le confiere mayor potencial de cambio a las acciones estatales, no cuestiona las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista (Morales, 2013).

posiciones de responsabilidad, d) renta y riqueza, y e) bases sociales de autorrespeto (Rawls, 1971, p. 92 y 440).

Los enfoques liberales y liberales sociales revisados hasta aquí presentan una característica importante de destacar: fundamentan la justicia en el principio de la libertad y, para ser más específicos, le dan énfasis a la libertad negativa¹⁹. Este es un punto diferenciador con las perspectivas más contemporáneas que revisaremos a continuación. Por ejemplo, con la postura de Amartya Sen, quien incluye en la reflexión el valor de la dimensión positiva de la libertad, es decir, la posibilidad efectiva de elegir la vida que se tiene razón para valorar. Aspecto que tiene implicaciones diferentes para la salud pública, porque posibilita la articulación entre los derechos y deberes que tenemos los individuos para promover y proteger la libertad en sociedad. Se trata de una articulación con las obligaciones correlativas de los derechos humanos (Sen, 2011).

A partir de la crítica al utilitarismo de Bentham y al liberalismo social de Rawls, Amartya Sen elabora la teoría de los funcionamientos, capacidades y agencia, para evaluar el bienestar y la libertad real que tienen las personas para hacer las cosas. Los funcionamientos son los diferentes “ser y hacer” que una persona puede valorar y tener razones para hacerlo; las capacidades se refieren a la libertad que disfruta el individuo para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar, a partir de la combinación de funcionamientos; en tanto que la “agencia se refiere a la libertad que tienen las personas para definir sus propias metas, valores y objetivos, para tomar decisiones y elegir por sí mismas las características básicas de la vida que tiene razones para valorar” (Sen, 1999, p. 71).

Sen concibe la justicia distributiva como aquella capaz de asegurar que las personas tengan las mismas capacidades para decidir la vida que tengan razón para valorar. La teoría de las capacidades no prioriza los medios sobre los que el ser humano tiene control, sino las oportunidades reales de las que dispone (Sen, 1985). Desde esta perspectiva, la libertad positiva constituye el núcleo evaluativo preferencial para conocer el estado real de

¹⁹ De acuerdo con Isaiah Berlin, la libertad negativa y la libertad positiva corresponden a dos dimensiones de la libertad. La primera consiste en que nadie interfiera en mis acciones: “En este sentido, la libertad política es, simplemente, el ámbito en que un ser humano puede actuar sin ser obstaculizado por otros” (1988, p. 5). Sobre la segunda, asevera que “el sentido positivo de la palabra libertad se deriva del deseo por parte del individuo de ser su propio dueño. Quiero que mi vida y mis decisiones dependan de mí mismo, y no de fuerzas exteriores, sean estas del tipo que sean” (1988, p. 8).

un individuo. “Al comparar las capacidades de dos personas se busca determinar cuál de las dos está más aventajada o goza de un mayor grado de oportunidades con relación a su bienestar y calidad de vida” (Sen, 1985, p. 66).

En lo que se refiere a la salud, Sen plantea que “la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas” (Sen, 2002, p. 302). Aspecto que hace más integral el problema de la distribución y, también, más participativo y democrático. Se trata de una teoría de justicia social con mayor sensibilidad a los hechos cotidianos que caracterizan el mundo en el que vivimos (Sen, 2011). De hecho, Sen propone la necesidad de contar con una base informacional amplia, que incluya la voz del sujeto, a lo que denomina la “perspectiva interna” o “percepción”, en la comprensión de la justicia, situación que torna participativa a la distribución.

Desde esta perspectiva, el hecho de que algunas personas no puedan tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales, es decir, que existan inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico, no solo es particularmente grave sino también injusto (Sen, 2002). “Una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales, y no por una elección personal, tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social” (Sen, 2002, p. 303).

Las limitaciones de este enfoque se encuentran en la dificultad para medir las capacidades y la agencia. Los análisis disponibles han privilegiado la medición cuantitativa de funcionamientos (aspectos concretos como haber tenido acceso a educación) y no de las capacidades o de la agencia (posibilidades de ser y hacer). Si bien este planteamiento supone el fundamento teórico del enfoque de desarrollo humano elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990, al tiempo que representa una nueva aproximación al desarrollo —centrado en los individuos y sus capacidades y no en los recursos materiales (Moreno, 2010)—, no logra explicar los mecanismos que llevan a la generación de inequidades sociales. Aunque se puede aceptar que el enfoque de Sen asume una visión más colectiva, sobre todo, porque tiene en su base a los derechos individuales y colectivos, los análisis empíricos que aporten a la

comprensión de las capacidades y agencias son limitados, y aquellos que profundizan en los funcionamientos no superan el individualismo metodológico propio de las posturas liberales.

Para finalizar, si bien no se puede considerar como teoría de justicia social, se encuentran las reflexiones de Karl Marx y sus planteamientos de tipo normativo que pueden considerarse referentes importantes para valorar las injusticias como tal. Aunque existe un amplio debate sobre si la justicia ocupa un lugar privilegiado en el pensamiento de Marx, muchos autores, entre ellos Amartya Sen, consideran que sus denuncias sobre las condiciones de opresión y sus aspiraciones para la construcción de una sociedad mejor son pilares fundamentales para construir una concepción del bienestar y la justicia (Sen, 2009; Mora-Alonso, 2017).

Desde la visión de Karl Marx, la clave de la justicia social está en la apropiación de los medios de producción y no en la libre elección, como lo propone la posición liberal. Mientras el propietario tiene la tierra, la máquina y el dinero para comprar la fuerza de trabajo de los trabajadores, estos solo poseen su cuerpo y sus capacidades. La relación contractual, entonces, no hace más que alienar al trabajador y expropiarle su producción, de allí que la relación misma resulta productora de inequidades (Hernández, 2008).

Es el sistema capitalista el que distribuye, de modo inequitativo, los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado²⁰, en función de la clase social, género y etnia. Las inequidades en salud, por lo tanto, son necesariamente injustas, ya que son producidas por una apropiación inadecuada y en esencia inicua de medios que reproducen y refuerzan un sistema social y económico injusto (Breilh, 1998). En definitiva, son las relaciones de poder las que producen los grandes contrastes entre los grupos sociales, así como la

²⁰ Uno de los aportes de la medicina social latinoamericana es el concepto de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esta perspectiva busca dar cuenta de la complejidad (indeterminada) de la salud, desde una ontología realista (visión del mundo dinámico, compuesto por sistemas abiertos, indeterminados o interdeterminados) (Almeida-Filho, 2009; 2010). En un inicio la discusión sobre los conceptos de salud y enfermedad y la articulación entre los mismos permitió transitar desde una visión dicotómica de la salud y enfermedad —como categorías opuestas— a una conceptualización de proceso salud-enfermedad (Iriart, 2002), para luego profundizar en la necesidad de ampliarla a procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2003) y, por último, procesos salud-enfermedad-atención-cuidado (Michalewicz *et al.*, 2014).

capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas (Breilh, 2002, p. 6).

Desde esta corriente de pensamiento, las diferencias en la incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer gástrico son necesariamente injustas, porque surgen como consecuencia de distribuciones asimétricas del poder y los recursos, en el marco de un sistema socialmente injusto, destructivo y malsano desde lo ecológico, sustentado en un modelo de civilización inviable (Breilh, 2010). Inspirados en esta postura, aparece como corriente de pensamiento crítico a finales del siglo XX los aportes de la medicina social latinoamericana para profundizar en el análisis de las inequidades en salud. Esta corriente explícitamente contra-hegemónica al modelo civilizatorio actual basado en una sociedad de mercado, plantea la comprensión de la realidad de los fenómenos de la salud, la enfermedad y el cuidado como un todo que reconoce una relación dialéctica entre lo biológico y lo social como procesos dinámicos e históricos (Arias-Valencia, 2017).

A continuación, se detallan las posturas de tres pensadores latinoamericanos que, si bien comparten la perspectiva teórica en cuanto a la justicia social, presentan contrastes a la hora de explorar la producción y reproducción de las inequidades en salud en una sociedad. Entre los tres autores latinoamericanos se encuentra Naomar Almeida-Filho, cuya propuesta teórico-metodológica es la que orienta este trabajo, y que se justificará más adelante.

2.1.1.1 Posturas latinoamericanas críticas

La corriente de pensamiento de la medicina social latinoamericana nació en la década de 1970, alimentada del materialismo histórico, corrientes neomarxistas, teorías del conflicto en las ciencias sociales y la antropología crítica (Arias-Valencia, 2017). Desde esta perspectiva el abordaje epistemológico de la Epidemiología se distancia del causalismo propio de la Epidemiología convencional y funda su propuesta a partir de la comprensión del proceso de determinación social de la salud (Hernández, 2011; Arias-Valencia, 2017).

La determinación es entendida como un modo de devenir, que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social pero con el reconocimiento de una estructura

jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social (Arias-Valencia, 2017). Entre los principales exponentes de esta corriente se encuentra el ecuatoriano Jaime Breilh, la mexicana Asa Cristina Laurell y el brasilero Naomar Almeida-Filho, cuyas ideas centrales son explicadas a continuación.

Jaime Breilh coloca de manera central la categoría “reproducción social” para explicar la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. A partir de investigaciones sobre los efectos de la agroindustria y sus consecuencias en salud y en los ecosistemas, o al estudio sobre el impacto en salud en el Ecuador de finales del siglo XX y comienzos del XXI. Breilh junto con Edmundo Granda, han generado aportes teóricos al esquema de determinación de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Breilh, 1998; 2003). En esencia, describe cómo la materialidad capitalista marca los procesos a nivel general, particular y singular, lo que, en consecuencia, da forma al metabolismo socioambiental, los modos de vida, junto con los procesos biológicos y estilos de vida.

Por su parte, Asa Cristina Laurell, mediante el estudio sobre la industria siderúrgica en México, examina el desgaste obrero abordando crisis, tanto la mundial del acero como la económica mexicana de la década de 1980 (Laurell, 1989). Con este contexto, analiza el consumo del cuerpo y la mente de los obreros como resultado de la estrategia de extracción del plusvalor. Destaca, en este sentido, la categoría “nexo biopsíquico humano” como la expresión del proceso histórico en la corporeidad humana, en un momento determinado (Laurell, 1989). Para Laurell, el concepto de adaptación da la clave para entender la historicidad de la biología humana (Laurell, 1982; 1989; 1994), ya que es el sustrato determinante de la conformación del proceso de desgaste y del perfil patológico de un grupo humano. La clave del entendimiento del carácter social del proceso biopsíquico humano es el proceso por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo, o sea, en el proceso de trabajo (Otálvaro, 2013).

En paralelo, Almeida-Filho realiza aportes específicos al análisis de las inequidades sociales estructurales, rescatando la importancia del reconocimiento del sujeto y su capacidad de agencia. Desarrolla la “etnoepidemiología” a partir de una minuciosa crítica a las insuficiencias del paradigma dominante en la epidemiología y propone crear una

nueva rama de la ciencia epidemiológica, con la que pretende “construir modelos interpretativos de los integrales salud-enfermedad-atención-cuidado en la sociedad moderna capaces de integrar ambas perspectivas etnológicas y epidemiológicas” (Almeida-Filho, 2000, p. 3).

Para Almeida-Filho es “imperativo examinar las prácticas humanas, su determinación e intencionalidad en lo que se refiere específicamente a situaciones concretas de interacción entre los sujetos sociales” (Vieira da Silva, 2009, p. 223). Propone el multimétodo para abordar los fenómenos complejos, en un afán de aprovechar las fortalezas de cada metodología y ampliar la comprensión de los fenómenos. Según Almeida-Filho, al combinar métodos cuantitativos y cualitativos, el análisis se da en el presupuesto de que los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado son fenómenos sociales y “deben ser concebidos en lo histórico, complejo, fragmentado, conflictivo, dependiente e incierto” (Almeida-Filho, 2000, p. 175).

La perspectiva latinoamericana resumida hasta aquí, que es crítica al orden hegemónico, ha sido invisibilizada (Borde, 2019), por lo que su difusión en ejercicios empíricos es aún limitada. No obstante, plantea desafíos a la hora de entender la complejidad de las relaciones por las cuales la sociedad determina la salud de las personas, para lograr sociedades más justas.

Entre la producción académica de Almeida-Filho, se encuentra la propuesta de superación de la ciencia epidemiológica tradicional, por medio de modelos teóricos y de investigación transepistémicos, en el marco de los desarrollos de la denominada epidemiología crítica latinoamericana. Entonces, propone una apertura del método que permita el tránsito entre los diferentes diseños de investigación para un abordaje simultáneo de las dimensiones dialécticas que se pretenden aprehender, y que debe necesariamente tender al pluralismo metodológico (Almeida-Filho, 1992). Es importante mencionar que busca rescatar la discusión de la relación entre ciencias sociales y salud para el campo de la epidemiología, y expone, incluso con recomendaciones precisas, cómo la etnografía, la entrevista, y otros métodos cualitativos son indispensables para el desarrollo de una epidemiología crítica.

Por lo antes indicado, en este trabajo se adopta el aporte de Naomar Almeida-Filho, tanto por su consideración del sujeto en la construcción de conocimiento, como por su apuesta

por combinar metodologías que aporten a comprender la complejidad del fenómeno. Así también, se adopta sus planteamientos porque de manera concreta plantea un modelo de articulación de los componentes de las inequidades en salud, como organizador para la selección de variables y categorías en la investigación empírica sobre inequidades sociales en enfermedades crónicas (Almeida-Filho, 2020). A continuación, se detalla el modelo con el que la historia social del paciente asume mayor importancia porque condiciona y determina la biología y las condiciones de enfermar. Con este insumo se propondrá, *a posteriori*, un modelo adaptado para el análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico.

2.2. Modelo sintético de articulación de los componentes de las inequidades en salud

Con base en los elementos teóricos desarrollados por la medicina social latinoamericana, varios autores han propuesto modelos teóricos capaces de explicar las complejas relaciones que determinan las enfermedades crónicas no transmisibles (Almeida-Filho, 2004). Sin embargo, esos modelos operan en un nivel más alto de abstracción, sin espacio para el trabajo de campo necesario para generar hipótesis más precisas. Con esto en mente, Almeida-Filho propone el modelo sintético de articulación de los componentes de las inequidades en salud para, precisamente, explorar, de manera situada, las diferentes formas de vivir, enfermar y morir que tienen las personas. El modelo constituye un esfuerzo para refinar la hipótesis de investigación epidemiológica planteada por los modelos de determinación social.

Como elemento central, Naomar Almeida-Filho rescata, de las contribuciones de Pedro Luis Castellanos y Juan Samaja, el concepto operativo de “situación de salud” para evaluar las inequidades sociales en salud. La categoría “situación de salud” constituye la expresión de las condiciones de vida de cada uno de los grupos sociales, en tanto que estas, a su vez, dependen de cómo estos grupos se insertan en el proceso general de reproducción social, en un momento histórico específico y bajo determinadas condiciones naturales (Castellanos, 2004). De esta manera, el autor trae al tema de la determinación social los aspectos culturales y políticos relacionados con los significados construidos por los diferentes actores de la sociedad (Castellanos, 1997; p. 20).

Por otro lado, en línea con las aproximaciones empíricas tanto de Castellanos, sobre todo en el ámbito de la planificación en salud, como las de Juan Samaja sobre la necesidad de asumir una lógica dialéctica entre lo macro (colectivo) y lo micro (individual) —ya que la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado—, Almeida-Filho propone la integración de los determinantes generales y las condiciones particulares que inciden sobre la situación de salud de grupos poblacionales específicos. Así, plantea descomponer el análisis de la “situación en salud” en dos elementos: “estado de salud” y “cuidados de salud”. Los estados de salud vienen a ser el resultado de la transformación epidemiológica de una población dada, es decir, los resultados medibles a partir de indicadores epidemiológicos. Los cuidados de salud, por su parte, son producto de un complejo sistema de respuesta institucional, “que expresa el juego de acciones, servicios y tecnologías involucradas en las prácticas sociales de cuidar, tratar, sanar y curar” (Almeida-Filho, 2020, p. 21).

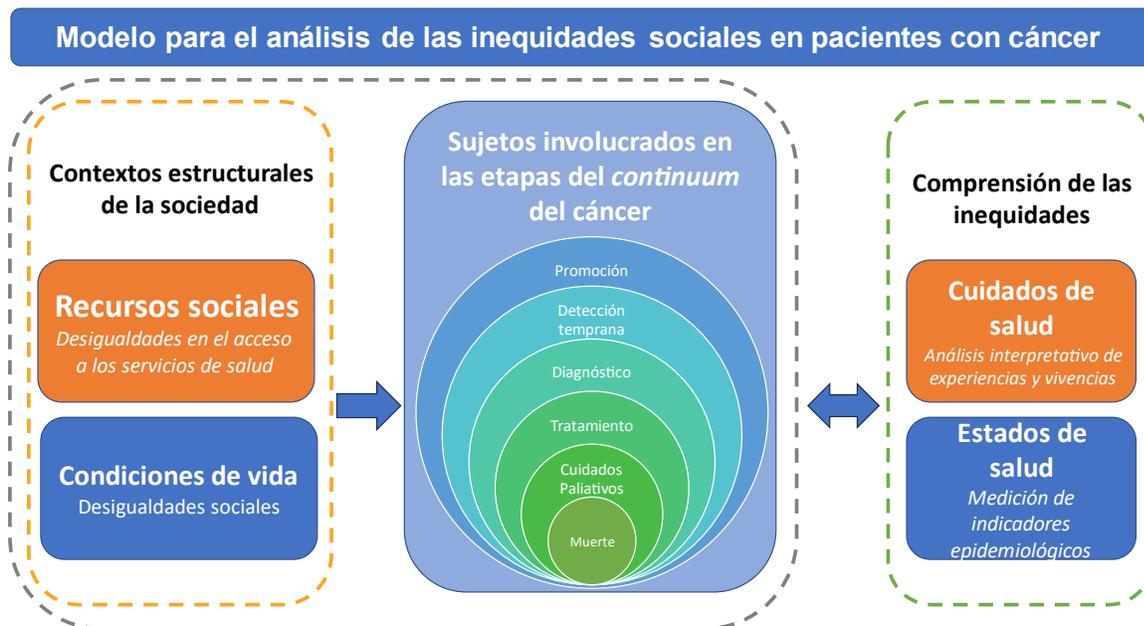
A partir de estos elementos, Almeida-Filho construye el modelo de articulación de los componentes de las inequidades en salud (figura 7), según el cual se establecen las interacciones con los recursos sociales y condiciones de vida. Este enfoque permite incorporar el análisis de los patrones de uso de los servicios de salud como parte de la explicación de los problemas, en la medida en que forman parte de las condiciones de vida de los distintos grupos poblacionales concretos (Castellanos, 1995; Teixeira, 1999). En palabras de Almeida-Filho, el modelo se explica de la siguiente manera:

Una estructura social de desigualdad puede llevar a la inequidad en condiciones de vida (vivienda, nutrición, educación, exposiciones comportamentales y medioambientales) y en cuidados de salud (accesibilidad y efectividad). La inequidad en las condiciones de vida también puede producir inequidad en cuidados de salud, debido al escaso acceso y baja calidad en la provisión de cuidados de salud para las personas con menos recursos económicos. La inequidad en las condiciones de vida puede determinar la inequidad en el estado de salud, por exposiciones y riesgos aumentados debido al fracaso de mecanismos de prevención de enfermedades o protección de la salud. A su vez, la inequidad en cuidados de salud también fracasa en el sistema de provisión de salud, con una capacidad más reducida de tratamiento y recuperación de casos individuales, lo que disminuye el estado de salud de la población. La línea punteada entre recursos sociales y estados de salud representa una posible senda determinante directa que podría corresponder al fracaso de políticas de promoción de salud y podría ser un efecto residual del sistema de determinación (Almeida-Filho, 2020, p. 23).

institucionales de los que dispone una sociedad para dar respuesta a las necesidades de los individuos, grupos y comunidades que la integran. La condición de sociales le viene dada porque su función cumple un objetivo social, mas no particular (De las Heras y Cortajarena, 1985). Por otro lado, las condiciones de vida representan el entorno cotidiano de las personas en el que estas viven, actúan y trabajan, producto de las circunstancias sociales y económicas, así como del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (OMS, 1998).

Tomando en cuenta que el cáncer es una enfermedad crónica que requiere de un manejo integral, multidisciplinario y continuo, se utilizó la categoría *continuum* como uno de los elementos que permite organizar la exploración de las inequidades sociales tanto en los estados de salud, como en los cuidados de salud. El *continuum* es una expresión latina que significa continuidad y que en oncología se la emplea desde la década de 1970 como marco referencial para evaluar y monitorear las intervenciones sanitarias (NCI, 2022). A continuación, se presenta el modelo para el análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico (figura 8).

Figura 8: Modelo para el análisis de las inequidades sociales en pacientes con cáncer



Fuente: Almeida-Filho (2020); NCI (2016). Elaboración: el autor.

Ahora bien, en la figura 8 se presenta la articulación de estos componentes, de manera que la inequidad en las condiciones de vida afecta a los pacientes con cáncer gástrico, pudiendo determinar las inequidades en los estados de salud. En esta investigación se utilizó a la posición socioeconómica, específicamente al nivel educativo como *proxy* de las condiciones de vida. Se considera que, si existe una distribución inequitativa de exposiciones y riesgos en la población debido a la estratificación social, se generan inequidades en el *continuum* del cáncer, y estas pueden ser identificadas a partir de diferencias en indicadores epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer gástrico.

Por otra parte, la distribución de recursos sociales de manera inequitativa afecta los pacientes con cáncer gástrico, pudiendo determinar los cuidados de salud que requieren para hacer frente al cáncer. En este trabajo, entre los recursos sociales, se seleccionó a los servicios de salud porque juegan un papel importante en el manejo de un paciente diagnosticado con cáncer gástrico. Se considera que, si no se garantizan los servicios de salud a las personas por igual, esto puede llevar a la inequidad en cada etapa del *continuum* del cáncer gástrico, y estas pueden ser identificadas a partir de las experiencias y vivencias de los pacientes, sus familiares y el personal de salud involucrado en el manejo oncológico. En Ecuador, el acceso a los servicios de salud está determinado por la capacidad de pago de las personas, de ahí que, el análisis de las inequidades en los cuidados de salud mantiene la prerrogativa de la estratificación, como en el caso del nivel educativo.

Dicho esto, las inequidades en los estados de salud se miden haciendo uso de información cuantitativa como los indicadores epidemiológicos y, las inequidades en los cuidados de la salud se comprenden haciendo uso de la información cualitativa como las entrevistas semiestructuradas para captar experiencias y vivencias para enfrentar el cáncer. En los dos casos, se encuentra el *continuum* del cáncer como marco referencial para identificar inequidades sociales en varias etapas de la enfermedad. Si bien es análogo al modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark en el sentido que instaura un orden (etapas), y que podría ser criticado por no considerar el análisis de la estructura social como punto de partida para comprender la dinámica y la determinación del cáncer; en este trabajo se lo utiliza por su potencial para organizar etapas en una enfermedad que es compleja de manejar.

El modelo de análisis enmarca la producción y reproducción de inequidades sociales en contextos estructurales, que determinan la vida y salud de los sujetos que tienen experiencias y vivencias con el cáncer gástrico. De ahí que el *continuum* en este trabajo cumple una función de eje organizador para presentar la información, tanto cuantitativa como cualitativa.

Para esto, en línea con la propuesta de Naomar Almeida-Filho de combinar metodologías y técnicas para construir modelos interpretativos de los integrales salud-enfermedad-atención-cuidado, se plantea una apertura del diseño metodológico que rescate la discusión de la relación entre ciencias sociales y la salud.

2.4. Diseño metodológico

En este trabajo se realizó un diseño mixto de triangulación, que hace referencia a una recopilación y análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos en un solo estudio. La premisa central del uso de este tipo de diseños es que valerse de enfoques cuantitativos y cualitativos en combinación proporciona una mejor comprensión de los problemas de investigación que cualquier enfoque por sí solo (Creswell, 2011). En línea con los planteamientos de Naomar Almeida-Filho de combinar metodologías y técnicas para construir modelos interpretativos más integrales ante problemas complejos como el de las inequidades sociales en salud, en esta tesis, se recopilaron datos tanto cualitativos como cuantitativos para juntar las fortalezas de ambas formas de investigación y así ampliar los resultados, y la interpretación de estos.

Los análisis ecológicos y los modelos de regresión junto con el cálculo de índices de inequidad en salud fueron utilizados para explorar, de manera extensiva, la dirección y magnitud de las inequidades sociales en los estados de salud a partir de indicadores epidemiológicos del cáncer gástrico: incidencia, mortalidad y supervivencia. Las entrevistas semiestructuradas a pacientes con cáncer gástrico, sus familiares y el personal de salud involucrado en la atención a pacientes con cáncer gástrico, por su parte, permitieron analizar las inequidades sociales en los cuidados de la salud de las personas diagnosticadas con este cáncer al interior del sistema nacional de salud. El diseño

metodológico se esquematiza en la figura 9, con la intención de organizar la presentación detallada de cada abordaje metodológico.

Figura 9: Flujo metodológico para el análisis de las inequidades sociales en cáncer gástrico



Elaboración: el autor.

Las gestiones administrativas para el acceso a la información iniciaron en el año 2017, con la aprobación al protocolo de investigación por parte del comité de ética de investigación en seres humanos en Ecuador. En el año 2018 se tramitó la entrega de la base de datos anonimizada del Registro Nacional que es parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica del país²¹. La autorización para contactar pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en los diferentes establecimientos de salud tomó más tiempo porque se la

²¹ El Registro Nacional de Tumores sigue los estándares de calidad establecidos por la Asociación Internacional de Investigación en Cáncer y la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (Cueva, 2019). En la actualidad es considerado como un registro de alta calidad a escala mundial (Piñeros, 2019). El Registro Nacional de Tumores garantiza la exhaustividad de la información mediante una metodología activa, por la cual registradoras entrenadas acuden a los establecimientos de atención oncológica en busca de la información de los casos nuevos de cáncer. Aquellos que no se hicieron un examen microscópico se los capta en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), por medio de la revisión de las bases de datos de egresos hospitalarios y en las defunciones generales.

tuvo que gestionar en cada una de las instituciones de salud participantes en esta investigación, de ahí que las entrevistas a los pacientes y familiares se realizaron durante el año 2019, y las entrevistas a los profesionales de salud se realizaron en el año 2023. En ese sentido, a continuación, se presenta el detalle del desarrollo de la etapa cualitativa y posteriormente la cualitativa.

2.4.1. Fase cuantitativa

Esta fase estuvo orientada a identificar las inequidades sociales en los estados de salud, a través de 3 indicadores epidemiológicos: la incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer gástrico en la ciudad de Quito. Específicamente se abordó la posición socioeconómica, que en esta tesis hace referencia a “los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos mantienen dentro de la sociedad” (Krieger, 1997; Galobardes, 2006). El nivel educativo y el lugar de residencia se utilizaron como indicadores *proxy*²² de la posición socioeconómica.

El nivel educativo permite captar tanto las circunstancias de la posición socioeconómica de origen familiar como personal, ya que suele tener un efecto significativo sobre la ocupación y los ingresos (Shaw, 2007, Galobardes, 2004). En este sentido, las inequidades educativas reflejan diferencias en la disponibilidad de recursos y de conocimiento que pueden utilizarse para maximizar la salud (DeWalt, 2004). Estos recursos, a su vez, influyen en una variedad de capacidades en la vida adulta, como los medios financieros (Jemal, 2008); empleo estable (*Ibid.*); alfabetización en salud (Marcus, 2006); factores psicosociales como la autoestima y el sentido de coherencia (*Ibid.*); ser receptivo a los mensajes de prevención (Menvielle, 2010); ser capaz de actuar e incidir sobre el curso de los acontecimientos, como por ejemplo, ser capaz de cambiar los comportamientos de salud (*Ibid.*); y hacer un uso adecuado de los servicios de salud (Marcus, 2006; Menvielle, 2010).

²² Los indicadores *proxy* se utilizan cuando las medidas de posición socioeconómica no son posibles de utilizar o no están disponibles. Estos indicadores, al estar fuertemente relacionados con posición socioeconómica, pueden dar cuenta de las asociaciones entre posición socioeconómica y salud (Galobardes, 2006).

En general, el conocimiento adquirido a través de la educación puede afectar positivamente la salud de las personas. De hecho, como lo afirma Bourdieu, el conocimiento y las habilidades son precondiciones para las acciones individuales, por lo que constituye un componente clave para la capacidad de agencia (Abel, 2020). De esta manera los individuos están directamente involucrados en el patrón social de la salud, a través de su capacidad de identificar resultados deseados, y perseguir esos resultados de manera proactiva, decidida y efectiva, dentro de los límites de las estructuras sociales (Abel, 2020).

En cuanto al lugar de residencia, este ha venido siendo utilizado en los estudios de las variaciones geográficas y su impacto en salud desde finales del siglo pasado (Roux, 2010), posibilitando considerar en el análisis de las inequidades no solo las características individuales, sino también las de grupos o contextos, en particular su lugar de residencia, que está fuertemente determinado por la posición socioeconómica. Estas aproximaciones han evidenciado que las políticas relacionadas con la planificación urbana afectan a la salud mediante su impacto en el contexto en el que los individuos viven. La creciente disponibilidad de los sistemas de información geográfica que permiten el análisis del espacio de un modo más sofisticado y preciso ha potencializado el uso de esta dimensión en el análisis de las inequidades en salud. Por lo que, el disponer de información sobre el lugar de residencia y su impacto en el cáncer gástrico ayuda a comprender la distribución de este proceso en la ciudad, en la que ha existido una segregación social que determina las condiciones de vida de las personas en el área metropolitana.

- ***Población***

La población estuvo conformada por todas las personas que fueron diagnosticadas de cáncer gástrico, tanto en establecimientos públicos como de la seguridad social y privados en la ciudad de Quito entre los años 1996 y 2015.

Se decidió utilizar la información de los casos de cáncer gástrico diagnosticados en Quito desde 1996 a 2015, por la completitud de la información de la variable educación y por la disponibilidad de estimaciones poblacionales anuales, por sexo y grupos de edad, a partir de los censos de 2001 y 2010. Los datos sobre edad y sexo estaban disponibles para más del 99,0% de los casos de cáncer gástrico, mientras que los datos a nivel educativo estaban ausentes para el 7,1% de los casos. Durante el primer período de estudio 1996-

2000, la información sobre el nivel de educación no estaba disponible para el 10% de los casos (8,6% en hombres y 11,5% en mujeres). Este valor disminuyó progresivamente a 6% para el último período 2011-2015 (Tabla 1). En comparación con la muestra analítica, los excluidos de la muestra, debido a la falta de datos, presentaban edades mayores (media 69 años frente a 66 años; $p < 0,01$), ninguna otra diferencia estadísticamente significativa fue encontrada. Tomando en cuenta que el porcentaje de datos perdidos en la variable educación no exceden el 10%, se decidió no realizar imputación de los datos faltantes (Lee, 2021).

Tabla 1: Distribución de los sujetos con información faltante de nivel educativo y aquellos incluidos en el estudio, por período y sexo

Sexo	Período	Casos	Muestra analítica	Participantes excluidos del análisis	
				#	%
Hombres	1996-2000	513	469	44	8,6
	2001-2005	684	639	45	6,6
	2006-2010	691	640	51	7,4
	2011-2015	787	743	44	5,6
Mujeres	1996-2000	461	408	53	11,5
	2001-2005	539	500	39	7,2
	2006-2010	596	560	36	6,0
	2011-2015	722	679	43	6,0
Total		4993	4638	355	7,1

- ***Fuente de información y variables de estudio***

Se obtuvo la base de datos anonimizada del Registro Nacional de Tumores. El Registro Nacional de Tumores es un registro de cáncer de base poblacional que recoge, analiza y difunde información sobre los casos diagnosticados en la ciudad de Quito. El registro se creó mediante el Acuerdo Ministerial 6345, publicado en el Registro Oficial Número 784, del 11 de julio de 1984, como parte de la vigilancia epidemiológica del país. Los registros

de cáncer de base poblacional son considerados como los únicos sistemas de vigilancia sanitaria que permiten diseñar estrategias de control del cáncer, desde la investigación etiológica y la prevención primaria y secundaria hasta la planificación sanitaria y la atención, ya que la información que procesan permite calcular indicadores epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y sobrevivencia, útiles para el monitoreo de la situación del cáncer en la sociedad (Piñeros, 2017).

Se solicitaron las variables necesarias para cuantificar la magnitud de las inequidades educativas y geográficas en la incidencia, mortalidad y supervivencia. Para esto, se utilizó también la información poblacional de los censos nacionales y sus proyecciones, realizados en 2001 y 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2001; 2010). La operacionalización de variables se presenta en la tabla 2:

Tabla 2: Operacionalización de variables cuantitativas

Variable	Tipo	Descripción: categorías
Sexo	Dicotómica	Sexo biológico del paciente: 1: hombre 2: mujer
Lugar de nacimiento	Nominal	Lugar de nacimiento del paciente: Provincia: Pichincha Cantón: Quito Parroquia: 32 parroquias urbanas
Fecha de nacimiento	Fecha	Fecha de nacimiento registrada en el Registro civil: dd.mm.aaaa
Lugar de residencia	Nominal	Lugar de residencia del paciente: Provincia: Pichincha Cantón: Quito Parroquia: 32 parroquias urbanas
Instrucción (nivel educativo)	Ordinal	Nivel de instrucción alcanzado: 0: ninguna 1: primaria 2: secundaria 3: superior
Fecha de fallecimiento	Fecha	Fecha de fallecimiento del paciente: dd.mm.aaaa
Fecha de diagnóstico	Fecha	Fecha del diagnóstico confirmatorio: dd.mm.aaaa

Fecha de último contacto	Fecha	Fecha de último contacto con los servicios de atención oncológica, o la fecha de defunción por cáncer en los registros de defunción general (Registro Civil): dd.mm.aaaa
--------------------------	-------	--

El nivel educativo se obtuvo de la variable instrucción. Esta se define como el nivel más alto alcanzado por el paciente y reportado en la historia clínica. La información sobre esta variable estuvo disponible en cuatro niveles, y para los análisis, se clasificó en tres grupos: 1) educación primaria o ninguna, 2) educación secundaria y 3) educación terciaria. Esto debido a que en el nivel “ninguna” hubo bajo número de personas, y se decidió juntarlo con el nivel primario.

El análisis incluyó todos los subtipos anatómicos e histológicos del cáncer gástrico, que de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10) corresponde al código C16.1-9; con la excepción de los linfomas que se presentan en el estómago, por tener otro tipo de evolución clínica, así como también por seguir las normas internacionales y hacer de estos resultados comparables con los de otros países (Bray, 2017).

En relación con la fecha de último contacto de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, que podía ser la fecha de última atención en los servicios oncológicos o la fecha de defunción por cáncer que consta en los registros de defunción general; es necesario mencionar que este particular implicó un trabajo adicional por parte del personal del Registro Nacional de Tumores, ya que debió actualizar la información de cada caso a través de sus procesos estandarizados de registro de información. En ese sentido, se decidió solicitar únicamente la información del último quinquenio disponible, 2011-2015.

- ***Plan de análisis***

Tomando en cuenta la disponibilidad de información en ciertas variables que garantice cumplir con los supuestos en cada cálculo estadístico, los análisis se realizaron en cuatro períodos de tiempo: 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015. A continuación, se detallan los análisis que se realizaron para calcular las inequidades educativas y

geográficas en la incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer gástrico. Al disponer de datos de más de diez años, se expone también el análisis de tendencia que se realizó.

Incidencia

La incidencia es el número de casos nuevos de una condición de salud (enfermedad, lesión) durante un período establecido de tiempo en una población. Permite calcular la probabilidad de que haya un cambio de estado, de estar sano a enfermo en un tiempo determinado. La tasa de incidencia se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Número de casos nuevos que aparecen en una población definida, en un tiempo determinado}}{\text{Total de personas en riesgo de la población definida, en el tiempo determinado}} \times 10n$$

Para que las tasas de incidencia sean comparables con aquellas de otras poblaciones, debe reducirse el sesgo que genera la estructura poblacional de acuerdo con la edad. En este sentido, se recurrió a la estandarización, como metodología estadística que permite reducir dicho sesgo. Se utilizó el método de estandarización directo, que permite calcular la tasa que se esperaría encontrar en la población de Quito si esta tuviera la misma composición de edad que la población estándar. Para esto se utilizó la población estándar de Segi (Segi, 1960), que se ha venido utilizando por la IARC desde hace varias décadas para garantizar comparabilidad. De esta forma se obtuvo el número de casos “esperado” en cada grupo de edad si la composición fuera la misma en cada población (OPS, 2002). En definitiva, la tasa estandarizada constituye la tasa de incidencia que, en teoría, tendría una población si su estructura poblacional fuera como la estándar (Dos Santos, 1999). Para el cálculo se requiere:

1. Número de casos nuevos por grupos de edad, por año y por sexo
2. Población en riesgo por grupos de edad, por año y por sexo
3. Población estándar de Segi.

Mortalidad

La mortalidad es el número de muertes ocurridas durante un período establecido de tiempo en una población. La tasa de mortalidad se calcula de manera similar a la incidencia, en este caso, el evento de interés no es el nuevo diagnóstico, sino la muerte:

$$Mortalidad = \frac{\text{Número de muertes en una población definida, en un tiempo determinado}}{\text{Total de personas de la población definida, en el tiempo determinado}} \times 10n$$

El cálculo de las tasas estandarizadas de mortalidad sigue la misma metodología que se detalló en la incidencia. La única diferencia es que en el numerador se registra el número de muertes por grupos de edad, por año y sexo.

Supervivencia global

El análisis de supervivencia se define como una colección de métodos de análisis longitudinal para estudiar datos que tienen al tiempo como una variable de resultado. Aquí, el tiempo corresponde al período hasta la ocurrencia de un evento en particular, en este caso, la muerte. En otras palabras, constituye el porcentaje de personas que permanecerán vivas por un período específico después del diagnóstico. El tiempo de supervivencia para cada paciente es el transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la fecha de muerte, la fecha de pérdida en el seguimiento o la fecha del final de seguimiento (Dos Santos, 1999).

Los sujetos que murieron o abandonaron el seguimiento no se consideran en riesgo, sino censurados y no se cuentan en el denominador a partir del momento del fallecimiento o abandono del seguimiento. La probabilidad total de sobrevida hasta ese intervalo de tiempo se calcula multiplicando todas las probabilidades de sobrevida en todos los lapsos anteriores a ese tiempo.

Se utilizó el método de Kaplan-Meier, que se define como la probabilidad de sobrevivir en un período de tiempo dado considerando el tiempo en muchos intervalos pequeños. El método de Kaplan-Meier tiene, entre sus ventajas, el hecho de que es muy utilizado en el análisis descriptivo de supervivencia, lo que permite comparar la sobrevida de dos poblaciones, además de que ofrece una representación gráfica que facilita su interpretación. Dentro de las desventajas, se menciona que es un método puramente descriptivo, en el que no se controlan las covariables (Dos Santos, 1999).

Análisis de tendencias en la incidencia y mortalidad de cáncer gástrico

Como un primer paso antes del análisis de inequidades propiamente dicho, se identificaron las tendencias temporales de incidencia y mortalidad del cáncer gástrico en el período entre 1996 al 2015, que se evaluaron mediante el cambio porcentual anual promedio (CPAP). El cambio porcentual anual promedio es una medida resumida de la tendencia durante un intervalo de tiempo fijo especificado con antelación. Permite usar un solo número para describir los cambios porcentuales anuales promedio durante un período de tiempo (Clegg, 2009). Para su cálculo se utilizó el modelo de Joinpoint subyacente. Si el modelo de Joinpoint indica que hubo cambios en las tendencias durante esos años, el CPAP se calcula como un promedio ponderado de los cambios porcentuales anuales (CPA) del modelo, con los pesos iguales a la longitud del intervalo. El CPA representa el porcentaje de aumento o disminución promedio en las tasas de cáncer por año, durante un período específico de tiempo. Se realizaron pruebas de significación utilizando la técnica de permutación de Monte Carlo. Los CPA y los Joinpoint se determinaron en función de las tasas estandarizadas transformadas logarítmicamente y sus errores estándar. Se especificó un máximo de cuatro Joinpoint con al menos cinco puntos de observación. Todos estos análisis se realizaron en el programa Joinpoint Regression Program del National Cancer Institute (NCI, 2013).

Estimación de las inequidades educativas en incidencia, mortalidad y supervivencia

Se calcularon tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad, así como la supervivencia global de acuerdo con el nivel educativo. Como un primer paso en el análisis de inequidades se estimaron las razones de tasas (RT) de incidencia y de mortalidad por nivel educativo, comparando las tasas de los grupos educativos primario y secundario con la tasa en el grupo de educación terciaria (grupo de referencia). Para esto se utilizaron modelos robustos de regresión de Poisson estratificados por sexo, con el número de casos de incidencia y mortalidad como variable dependiente y el logaritmo natural de años-persona como compensación y, el nivel educativo como variable independiente.

Los datos sobre conteos de población a mitad de año por edad, sexo y nivel educativo se obtuvieron del Censo Nacional de 2001 y 2010 (INEC, 2001; 2010). Las proporciones resultantes de individuos en cada nivel educativo se multiplicaron por el número total de población por año, edad y sexo que se obtuvo del Instituto Nacional de Estadísticas y

Censos. Estas dos fuentes de información se combinaron para estimar el tamaño anual de la población en cada grupo educativo.

Para el cálculo del tiempo de supervivencia, se utilizó a la fecha de diagnóstico como fecha índice. El tiempo de observación se calculó a partir de la fecha índice y la fecha del último contacto o muerte. Así, el tiempo de supervivencia para cada caso fue el tiempo transcurrido entre la fecha índice y la fecha de muerte, la fecha de pérdida en el seguimiento, o 31 de diciembre de 2017 como fin del seguimiento. Se utilizó la prueba de Log-Rank para determinar diferencias entre nivel educativo. La prueba estadística indica si existe significación estadística para las diferencias observadas.

Para evaluar los cambios en la magnitud de las inequidades, controlando por los posibles cambios en la distribución educativa a lo largo del tiempo, se estimaron índices de desigualdad en términos relativos y absolutos, específicamente el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y el índice relativo de desigualdad (IRD). Estos índices toman en cuenta todos los grupos socioeconómicos, permitiendo evaluar cómo la incidencia y mortalidad varía de acuerdo con la posición socioeconómica de estos grupos. Así, constituyen una medida resumen de la asociación entre el nivel educativo y la incidencia o mortalidad por cáncer gástrico en un solo valor (Schneider, 2002; Moreno-Betancourt, 2015).

Para remover la influencia que las diferencias en los tamaños de los grupos socioeconómicos (por nivel educativo) pueda tener en las variaciones en las magnitudes de las inequidades, se transformó la variable educativa en un rango, teniendo en cuenta el tamaño de cada grupo educativo. Se ordenaron, con un sentido jerárquico, las categorías del nivel educativo, en orden decreciente. A cada categoría se le asignaron valores entre 0 y 1, que corresponden a la frecuencia acumulada media de dicha categoría. Esto se realizó para cada nivel educativo, por sexo y período (Schneider, 2002; Moreno-Betancourt, 2015).

Así, el IRD representa la razón entre la mortalidad en el valor 1 (aquella persona con el nivel educativo hipotéticamente más bajo) y el valor 0 (aquella persona con el nivel educativo hipotéticamente más alto) y, por lo tanto, puede interpretarse como la razón de tasas de mortalidad entre los dos extremos de la jerarquía social (Mackenbach, 1997;

Moreno-Betancourt, 2015). Los valores del IRD superiores a 1 indican desigualdades educativas relativas a favor de los más educados. Por otro lado, el IDP corresponde a la diferencia absoluta de tasas de mortalidad entre los dos extremos en la jerarquía social, en este caso, el nivel educativo. Los valores superiores a 0 indican desigualdad a favor de los más educados (Mackenbach, 1997; Moreno-Betancourt, 2015).

Entre los métodos de medición de desigualdades de salud se seleccionó el IRD e IPD porque tienen las siguientes ventajas: 1) permiten medir tanto la dirección como la fuerza de la asociación entre el nivel socioeconómico y el desenlace en salud, cuando se registra un gradiente claro desde la posición más alta hasta la más baja; 2) toman en consideración el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa de los grupos; y 3) son sensibles a la distribución de la población entre los diferentes grupos sociales (Schneider, 2002). Así, se convierten en indicadores útiles para la comparación de desigualdades a lo largo del tiempo. Por último, para el caso del IRD, su interpretación es similar al riesgo relativo, una medida de asociación estadística ampliamente utilizada en ciencias de la salud, con la cual se resume el riesgo para el grupo que se considera más aventajado (en la parte superior de la jerarquía) en comparación con el grupo que se considera menos aventajado (en la parte inferior de la jerarquía) (Moreno-Betancourt, 2015; Schneider, 2002). Por su parte, el IDP debe ser interpretado a la luz del indicador de salud que se esté utilizando, en este caso, las tasas de incidencia y mortalidad.

- ***Inequidad geográfica***

Se calcularon tasas de incidencia y mortalidad estandarizada por edad, de acuerdo con el lugar de residencia de los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en Quito en el período 2011-2015. La variable de ubicación geográfica utilizada en el análisis disponía de tres niveles de desagregación: provincia, cantón y parroquia o localidad. Para los casos en los que se había registrado la información de la localidad (dirección) se recodificó la variable con la parroquia que le corresponde. Se decidió analizar el quinquenio 2011-2015 por la completitud de la información, ya que en años anteriores la variable de ubicación geográfica estaba incompleta en más del 50% de casos.

Así también, se calcularon las tasas de incidencia y mortalidad para cada parroquia, haciendo uso del método indirecto de estandarización. El método indirecto, en lugar de

utilizar una población estándar, se vale de tasas específicas estándares o de referencia (las de Quito) aplicadas a las poblaciones que se quiere comparar (la de las parroquias), estratificadas por la variable que se desea controlar (edad). De esta manera se obtiene el total de casos esperados. Al dividir el total de casos observados para el número esperado se obtiene la razón de incidencia y la razón de mortalidad estandarizada. Esta razón permite comparar cada población bajo estudio con la población de la cual provienen las tasas estándares.

Se puede llegar a una conclusión con el cálculo y la observación de las razones. Una razón superior a 1 (%) indica que el riesgo de morir en la población observada fue más alto que el esperado si hubiera tenido la misma experiencia o riesgo que la población estándar. Al contrario, una razón inferior a 1 (%) indica que el riesgo de morir fue inferior en la población observada que lo esperado si su distribución hubiese sido la de la población de referencia (OPS, 2002).

2.4.2. Fase cualitativa

Se utilizó el método biográfico, que permitió acercarse a los relatos de vida de los sujetos de investigación. Los relatos de vida constituyen las narraciones sobre un aspecto en particular de la experiencia de los sujetos (Cornejo, 2008). En este caso, el método permite acercarse a la experiencia y vivencia de la atención en salud de las personas diagnosticadas de cáncer gástrico y sus familiares en las unidades de atención oncológica de los diferentes segmentos del sistema de salud ecuatoriano. Para obtenerlos se planteó utilizar la técnica de la entrevista semiestructurada. Se utilizó también este tipo de entrevista para recabar información a profesionales de la salud que tienen experiencia en el manejo de pacientes con cáncer gástrico.

En principio, no se había contemplado incluir a profesionales de la salud en esta investigación, sin embargo, para disponer de una perspectiva desde el cuidado institucional, entre el paciente que experimenta la atención en salud, y la política pública para el manejo integral de pacientes con cáncer gástrico, se optó por invitar a profesionales de la salud con experiencia en el manejo de personas con esta enfermedad. La visión que aportan estos profesionales es fundamental para hacer conciencia de que la dinámica de atención pasa también por cómo se organizan los establecimientos de salud.

Como se mencionó en el problema de investigación, la estructura del sistema de salud en Ecuador es de tipo segmentada, lo que determina el acceso al sistema de salud, ya que este depende de la capacidad de pago de las personas. El acceso a los servicios de salud fue el recurso social seleccionado en este trabajo para analizar las inequidades sociales en los cuidados de la salud al interior del sistema de salud. El *continuum* del cáncer en esta fase tuvo mayor relevancia porque a través de las entrevistas se pudo recopilar información de todas las etapas.

- ***Participantes***

La población de sujetos estuvo conformada por los pacientes con cáncer gástrico, diagnosticados y atendidos en los servicios de atención oncológica de la ciudad de Quito durante el año 2019. Tomando en cuenta la alta letalidad del cáncer gástrico y la baja supervivencia con la que cuentan los pacientes una vez diagnosticados, también se incluyó a familiares que estén o hayan estado a cargo del cuidado de estos pacientes. Los criterios de inclusión para participar fueron:

1. Personas con diagnóstico de cáncer gástrico con capacidades de comunicación oral y con memoria, dispuestas a hablar voluntariamente de sus vidas, en el momento en que sus condiciones clínicas y emocionales lo permitan, (o)
2. Familiar o cuidador cercano del paciente con cáncer gástrico que está o estuvo a cargo del cuidado del paciente, dispuestos a hablar voluntariamente, en el momento en que sus condiciones emocionales lo permitan.

En principio se procuró contactar a participantes con características diferentes, pertenecientes a distintas edades, etnias y posiciones socioeconómicas. Sin embargo, la dinámica para contactar pacientes al interior de los hospitales, que dependía de los médicos tratantes y debía guardar procesos de confidencialidad de la información, limitó esta orientación.

Se incluyó también a los profesionales de la salud, la población de sujetos fue el personal de salud con experiencia en el manejo de pacientes con cáncer gástrico en la ciudad de Quito. El criterio de inclusión para participar fue:

1. Profesionales de salud con experiencia certificada en el manejo de pacientes con cáncer gástrico, vinculados a los servicios oncológicos en los que fueron atendidos los pacientes participantes de este trabajo.

- ***Fuentes de información***

Considerando la estructura del sistema de salud ecuatoriano, en el que coexisten tres subsistemas —público, privado y seguridad social— que manejan su propia gestión de servicios, sistemas de información, sistemas de afiliación y provisión de recursos; se planificó la obtención de entrevistas durante el año 2019 en hospitales de tercer nivel, de referencia nacional, que pertenezcan a cada uno de estos subsistemas, además de ser las instituciones que atienden al mayor número de casos de cáncer gástrico en Quito, de acuerdo con la información reportada por el Registro Nacional de Tumores (Cueva, 2019).

- Hospital Solón Espinosa (Solca, institución privada sin fines de lucro)
- Hospital Carlos Andrade Marín (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)
- Hospital Eugenio Espejo (Red de Salud Pública)

Ante las regulaciones de investigación en salud que tenía el país en ese entonces, fue necesario obtener la aprobación de los comités de ética en cada institución participante. Una vez autorizado el protocolo de investigación en cada establecimiento, con ayuda del jefe de servicio se identificó a un/una profesional en oncología (médico residente) para que sea el primer contacto con el paciente. El médico residente fue informado de los alcances de la investigación y de los criterios de inclusión para identificar a potenciales participantes. Su función fue informar al paciente considerado potencial participante, en el momento en que este acuda a consulta externa o se encuentre hospitalizado en el servicio de oncología, sobre el objetivo de la investigación, al tiempo que solicitaba el permiso/consentimiento para ser contactado por primera vez por el investigador principal.

Si el paciente aceptaba, se procedía a contactarlo inmediatamente para explicarle en detalle los objetivos de la investigación e invitarlo a participar de manera voluntaria. Si el paciente aceptaba participar, se concertaba una cita en un lugar tranquilo, fuera del ambiente hospitalario, en el que se obtuvo el consentimiento informado y, por último, se

realizaban las entrevistas. Para confirmar la cita se realizaron llamadas telefónicas; en caso de no poder contactar a los pacientes se procedía a contactar a nuevos participantes. Este procedimiento fue realizado en cada uno de los hospitales seleccionados, para lo cual el investigador principal asistía todos los días a los servicios de oncología o a la consulta externa de oncología de cada hospital, durante el período de tiempo autorizado para tal fin.

El proceso de recolección de información durante las entrevistas a pacientes y familiares permitió identificar médicos y enfermeras a cargo del manejo de pacientes oncológicos en cada hospital. Aquellos con mayor tiempo de experiencia fueron invitados a participar durante el año 2023, a quienes se les informó sobre el objetivo de la investigación, al tiempo que se les solicitaba el permiso/consentimiento para participar. Si el profesional aceptaba, se procedía a concertar una cita en un lugar tranquilo, fuera del ambiente hospitalario, en el que se obtuvo el consentimiento informado y, por último, se realizaron las entrevistas.

- ***Número de entrevistas***

Dieciocho pacientes y nueve familiares de pacientes con cáncer gástrico aceptaron participar en la investigación y consintieron la cita en un lugar tranquilo, con fecha y horario a su conveniencia para realizar una entrevista. En estas citas, previo a la realización de la entrevista, el investigador presentó más detalles del estudio y se diligenció el formato de consentimiento informado. Todos los participantes aceptaron la grabación en audio de la entrevista. Las entrevistas se realizaron hasta cuando el dato adicional que se recolectó no agregó información significativa a lo que ya se tenía, es decir, el número final de entrevistados se fijó de acuerdo con el criterio de saturación teórica.

Los relatos recopilados tratan de las experiencias que tienen los participantes entrevistados que recibieron el diagnóstico confirmatorio de cáncer gástrico durante el año 2019 en la ciudad de Quito. De los dieciocho pacientes, once fueron hombres y en su mayoría habían completado la instrucción primaria (61%). El promedio de edad de los pacientes fue de 57 años (Desviación estándar: 11,1). En la tabla 3 se resumen las características sociodemográficas de los entrevistados:

Tabla 3: Distribución de pacientes y familiares participantes en la fase cualitativa por segmento del sistema de salud y características sociodemográficas

Segmento SNS	Código	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Sexo	Edad	Instrucción
Público	JF.2019	Quito	Quito	H	59	Primaria
	LM.2019	Quito	Quito	M	56	Primaria
	AP.2019	Quito	Quito	H	59	Primaria
	MC.2019	Ibarra	Ibarra	M	42	Primaria
	JU.2019	La Maná	La Maná	H	45	Primaria
	AM.2019	Quito	Quito	M	77	Secundaria
	JC.2019	Manabí	Quito	H	36	Primaria
	VO.2019	Quito	Ambato	M	54	Primaria
Seguridad social	LM.2019	Ibarra	Ibarra	H	58	Primaria
	EP.2019	Quito	Quito	H	65	Secundaria
	NT.2019	Quito	Quito	M	56	Secundaria
Privado sin fines de lucro	FQ.2019	Cayambe	Cayambe	H	65	Primaria
	CP.2019	Quito	Quito	M	52	Primaria
	PR.2019	Quito	Quito	M	70	Secundaria
	LP.2019	Quito	Quito	H	67	Secundaria
	MA.2019	Tocachi	Quito	H	66	Primaria
	JG.2019	Riobamba	Riobamba	H	47	Secundaria
FC.2019	Quito	Quito	H	54	Secundaria	

H: hombre; M: mujer

Por otra parte, se entrevistó a siete profesionales de la salud, cinco mujeres y dos hombres. En estas citas, previo a la realización de la entrevista, el investigador presentó más detalles del estudio y se diligenció el formato de consentimiento informado. Todos los participantes aceptaron la grabación en audio de la entrevista. Las entrevistas se realizaron hasta cuando el dato adicional que se recolectó no agregó información significativa a lo que ya se tenía. Por consiguiente, al igual que los pacientes entrevistados, el número final de entrevistados de profesionales de la salud se determinó con el criterio de la saturación teórica. Los relatos recopilados tratan de las experiencias que tienen los profesionales de la salud en el manejo de pacientes con cáncer gástrico. En la tabla 4 se resumen las características sociodemográficas de los entrevistados:

Tabla 4: Distribución del personal de salud participante en la fase cualitativa por segmento del sistema de salud y características sociodemográficas

Segmento SNS	Código	Profesión	Sexo	Edad
Público	PC.Med	Oncólogo clínico	H	47
	CQ.Enf	Enfermera	M	52
Seguridad social	FS.Med	Cirujano oncólogo	H	40
	NT.Enf	Enfermera	M	50
Privado	CE.Med	Cirujano oncólogo	M	52
	LA.Enf	Enfermera	M	44
	EG.Med	Oncólogo clínico	M	48

SNS: Sistema Nacional de Salud; H: hombre; M: mujer

- **Guion de entrevista**

Se elaboró un guion que permitió identificar las experiencias y vivencias de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, tanto desde su posición individual, como en la relación con el sistema de salud al momento de recibir atención oncológica (anexo A). De la misma manera, se elaboró un guion para recabar esa información de parte del familiar (anexo B). Para esto se definieron cinco temas para abordar el contexto del paciente anterior y posterior al diagnóstico de cáncer gástrico, intentando referirse a todas las etapas del cáncer *continuum*: vida pasada, el cuerpo y la salud, necesidad de buscar ayuda médica, diagnóstico y tratamiento y red de apoyo. Cada tema fue abordado por preguntas amplias para permitir el desarrollo fluido de la conversación. Es importante mencionar que la versión final del guion recibió la aprobación del comité de ética de investigación en seres humanos de SOLCA, Quito, en el año 2018.

Se elaboró un guion que permitió identificar las experiencias de los profesionales de la salud en el manejo de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico (anexo C). Para esto se definieron cinco temas para abordar el manejo del paciente, en el marco del *continuum* del cáncer: promoción, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.

- **Plan de análisis**

Las entrevistas fueron grabadas; posteriormente, se procedió a la transcripción respectiva en un procesador de textos en formato Word, respetando la forma de hablar de los sujetos al momento de transcribirlas. Se realizó un proceso de edición mínimo de lo señalado por las personas entrevistadas, el necesario que exige pasar del audio a lo escrito. Por último, se efectuó un análisis categorial de la información, por el cual se definió categorías de análisis, con base en el modelo sintético para explorar las inequidades sociales en cada

una de las etapas del *continuum* del cáncer gástrico. *A posteriori* se colocó fragmentos de las entrevistas en cada una de las categorías, en el momento en que estos sostenían el argumento; todo esto se lo realizó en una hoja de Microsoft Excel. A cada entrevista se le asignó un código para garantizar la confidencialidad de la información.

Como síntesis del diseño metodológico utilizado para cumplir los objetivos propuestos en este trabajo, se presenta, en la tabla 5, la organización de las etapas, instrumentos, tipos de análisis realizados y los resultados obtenidos.

Tabla 5: Síntesis de las relaciones entre etapas, instrumentos y análisis realizados

Objetivo	Etapas	Instrumentos	Análisis	Resultados
Determinar las inequidades sociales en la incidencia, mortalidad y supervivencia de personas diagnosticadas con cáncer gástrico en Quito, a partir de la información histórica del registro de cáncer de base poblacional.	Cuantitativa	Base de datos de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, periodo 1996-2015. Información que recoge el Registro de cáncer de base poblacional	Tasas de incidencia y mortalidad, supervivencia global Tendencia de incidencia y mortalidad Modelos de regresión Índices relativos y absolutos de desigualdad	Inequidades educativas en la incidencia, mortalidad y supervivencia Inequidades geográficas en la incidencia y mortalidad
Identificar las inequidades sociales en los cuidados de la salud en personas diagnosticadas con cáncer gástrico en Quito, a partir de sus experiencias al interior de los servicios oncológicos.	Exploración Cualitativa	Entrevistas semiestructuradas	Transcripciones de entrevistas semiestructuradas realizadas a pacientes, familiares y personal de salud	Inequidades en la atención integral del cáncer gástrico: experiencias y vivencias

Comprender la dinámica de la red pública integral en salud y red completaría para el control del cáncer en Ecuador, que permita recomendar lineamientos de mejora.	Discusión: Interpretación de resultados.	Datos cuantitativos: Indicadores epidemiológicos Datos cualitativos: transcripciones de entrevistas	Política pública para el control del cáncer en Ecuador Información secundaria	Recomendaciones
--	---	--	--	-----------------

2.5. Consideraciones éticas

Las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016, señalan: “Todas las propuestas para realizar investigaciones de salud de los seres humanos deben ser sometidas a un comité de ética de la investigación”. En ese sentido, este trabajo de investigación fue sometido a la evaluación por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, el 28 de septiembre de 2017, y fue aprobado el 12 de octubre de 2017 mediante el acta de evaluación N° 015-227-17 (anexo D). Esto, además, como requisito del programa doctoral, en el marco de la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.

Por otro lado, ante la normativa ecuatoriana, esta investigación también fue sometida a la evaluación por un comité de ética de investigación en seres humanos, aprobado por el Ministerio de Salud Pública. La aprobación se la obtuvo el 13 de abril de 2018, por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de SOLCA, Núcleo de Quito, mediante oficio N°30-2018 (anexo E).

El desarrollo de la tesis incluyó dos fases de análisis de información. La primera, de orden cuantitativo, consistió en el manejo de datos de fuentes secundarias de dos instituciones ecuatorianas: el Registro Nacional de Tumores (RNT) y el Instituto Nacional de

Estadísticas y Censos (INEC), en los que la confidencialidad del paciente está asegurada, pues las bases de datos se encuentran anonimizadas. En esta etapa, por las características de la información a ser analizada, no fue necesario obtener consentimiento informado.

Durante la etapa cualitativa se realizaron entrevistas semiestructuradas a pacientes con cáncer gástrico o a sus familiares. Teniendo en cuenta que el cáncer, como otras enfermedades crónicas, reconstruye la identidad individual y social del paciente, al tiempo que se asocia a la idea de sufrimiento, y, que la entrevista al intentar rescatar la trayectoria en cuanto a sus experiencias y vivencias desde el momento de diagnóstico de cáncer gástrico podría generar molestias de tipo psicológico en los participantes; fue necesario contar con un consentimiento informado. Para precautelar la dignidad y los derechos de los participantes se obtuvo consentimiento informado por escrito (anexo F), en el cual se explicó el objetivo, la justificación y la metodología de la investigación, los beneficios derivados de la participación y del estudio, la voluntariedad de la participación y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, la necesidad y la aprobación de grabar las entrevistas. La información fue manejada exclusivamente por el autor de este trabajo.

Cabe mencionar que, en cada establecimiento de salud se solicitó autorización para desarrollar la investigación. Para finalizar, es importante indicar que este estudio tuvo en cuenta los aspectos éticos que dicta la normatividad nacional e internacional que salvaguardan el respeto por la integridad y dignidad humana en procesos investigativos en salud contemplados en el marco de la Declaración Helsinki. Adicionalmente se declaró que esta investigación no presentaba conflictos de interés alguno. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos. La información obtenida solo fue utilizada y difundida con fines académicos y científicos.

Capítulo 3: Resultados

En este apartado se exponen los resultados de ambas fases de investigación: primero la cuantitativa, dirigida a identificar —mediante el uso de los indicadores epidemiológicos— las inequidades sociales en la incidencia, mortalidad y supervivencia; y luego la cualitativa, que conduce al análisis de las inequidades sociales en las experiencias de los pacientes con cáncer gástrico, en conjunto con las de sus familiares y del personal médico al interior de los centros de atención oncológica de la ciudad. Así, se presenta los resultados de cada fase de manera independiente, como antesala a la discusión general en donde se triangula la información.

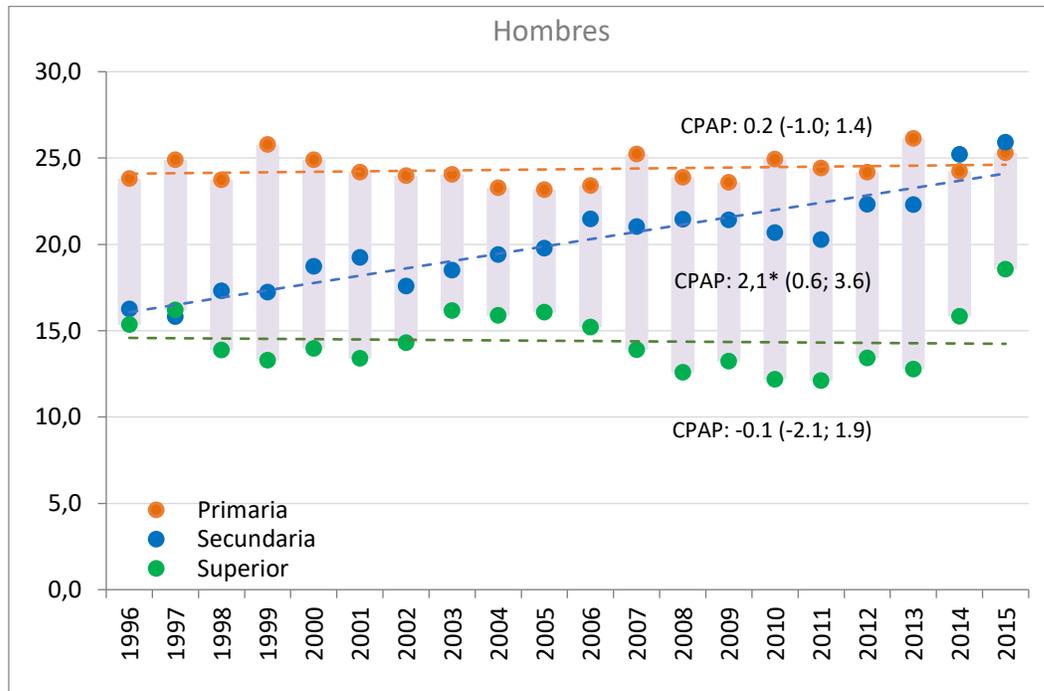
3.1. Inequidades sociales en los estados de salud por cáncer gástrico: indicadores epidemiológicos

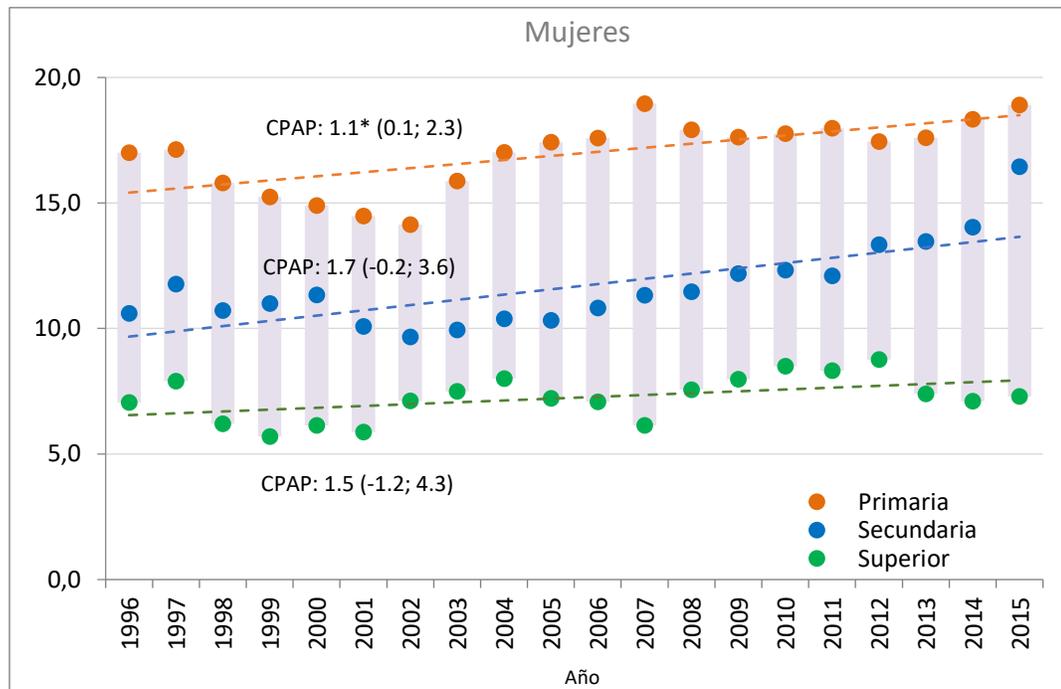
3.1.1. Inequidades educativas en la incidencia

En Quito, entre 1996 y 2015, fueron diagnosticados 4993 casos de cáncer gástrico (2491 hombres y 2147 mujeres). El análisis de la tendencia de las tasas de incidencia estandarizadas por edad reveló un aumento leve y no significativo en el periodo 1996-2015, tanto en hombres como en mujeres. Este indicador cambió de 19,3 a 24,6 casos por cada 100 000 habitantes en el caso de los hombres, con un Cambio Porcentual Anual Promedio (CPAP) de 0,35 (Intervalos de Confianza (IC) al 95%: -0,4 a 1,1). En las mujeres la tasa de incidencia cambió de 13,0 a 17,1 casos por cada 100 000 habitantes, con un CPAP de 1,0 (IC al 95%: -0,1 a 2,2). Los hombres tuvieron tasas de incidencia generales más altas que las mujeres durante todo el período de estudio, con una razón por sexo que pasó de 1,5:1 a 1,4:1.

Entre los hombres, se encontró también que la tendencia al aumento en las tasas de incidencia no se reflejó por igual en todos los niveles de educación. Se observó una disminución no significativa en el nivel educativo superior (CPAP: -0,1; IC al 95%: -2,1 a 1,9), mientras que en el nivel medio (educación secundaria) se identificó un aumento significativo y sostenido (CPAP: 2,1; IC al 95%: 0,6 a 3,6), y en el nivel inferior (educación primaria) se encontró un aumento no significativo CPAP: 0,2 (IC al 95%: -1,0 a 1,4). Entre las mujeres, el aumento de las tasas de incidencia se observó en todos los niveles educativos, siendo significativo solo en el nivel educativo inferior (CPAP: 1,1; IC al 95%: 0,1 a 2,3). En la figura 10 se puede observar estas diferencias entre los niveles educativos en hombres y mujeres.

Figura 10: Tendencia de las tasas de incidencia estandarizada del cáncer gástrico, por nivel educativo. Quito 1996-2015, hombres y mujeres





Y: Tasas estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes; X: año de diagnóstico; CPAP: Cambio porcentual anual promedio, las cifras entre paréntesis son los IC al 95%; Una estrella indica significancia estadística con α 0,05. Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Como siguiente paso en la exploración de las inequidades educativas en cáncer gástrico, se calcularon razones de tasas (RT) de incidencia, utilizando como grupo de referencia al nivel educativo superior. La RT de incidencia mostró un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico entre las personas menos educadas en comparación con aquellas más educadas. Estas asociaciones fueron más fuertes en las mujeres (RT primaria 6,4; RT secundario 3,0; ambos $p < 0,0001$) que en hombres (RT primaria 3,1; RT secundario 1,5; ambos $p < 0,0001$) (Tabla 6).

Vale destacar que, aunque la incidencia fue más alta entre los hombres, la magnitud de las inequidades por nivel educativo medidas con las razones de tasas fue mayor entre las mujeres. Sin embargo, es necesario anticipar que la evaluación a través de razones de tasas puede verse influenciada por el tamaño de los grupos, ya que por ejemplo, las medidas de inequidades tienden a ser mayores cuando el tamaño de los grupos es menor (Conway, 2019).

Frente a este claro gradiente desde el nivel educativo más alto hasta el más bajo, y para evaluar los cambios en la magnitud de las inequidades determinadas por los posibles

cambios en la distribución educativa a lo largo del tiempo, se estimaron índices de desigualdad en términos relativos y absolutos, de manera específica, el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y el índice relativo de desigualdad (IRD). En la tabla 6 se pueden apreciar estos índices para cada período y sexo. En términos relativos, de manera específica, para todo el periodo de análisis, las mujeres en el nivel educativo hipotéticamente más bajo tienen 2,1 (IC 95%: 1,9; 2,3) veces más riesgo de desarrollar cáncer gástrico que las mujeres con niveles educativos superiores. En el caso de los hombres, aquellos con niveles educativos inferiores tienen 1,7 (IC 95%: 1,5; 1,8) veces más riesgo de desarrollar cáncer gástrico que los hombres con niveles educativos superiores.

En términos absolutos, para todo el periodo de estudio, se evidenció que las mujeres en el nivel educativo hipotéticamente más bajo tienen 14,2 (IC 95%:12,2; 16,2) casos por 100 000 más que las mujeres con niveles educativos superiores. Mientras que, para los hombres, en el nivel educativo inferior se observarían 14,5 (IC 95%: 12,0; 17,1) casos por 100 000 más que en el nivel educativo superior. Explorando los diferentes subperiodos, se evidencia que hay mucha variación, mostrando que en algunos las inequidades son más fuertes entre las mujeres, y en otros son más fuertes entre los hombres.

Según los índices de desigualdad, tanto relativo como absoluto, se observó que el riesgo de desarrollar cáncer es mayor entre hombres y mujeres con niveles educativos bajos, en comparación con los de niveles educativos altos. Las inequidades fueron más fuertes entre las mujeres, en todos los períodos de estudio, excepto en los periodos 1996-2000 y 2006-2010, en términos absolutos (tabla 6).

Tabla 6: Tasas de incidencia estandarizada, razón de tasas, índice relativo de desigualdad e índice absoluto de desigualdad de cáncer gástrico en Quito, por sexo y nivel de educación, 1996-2015

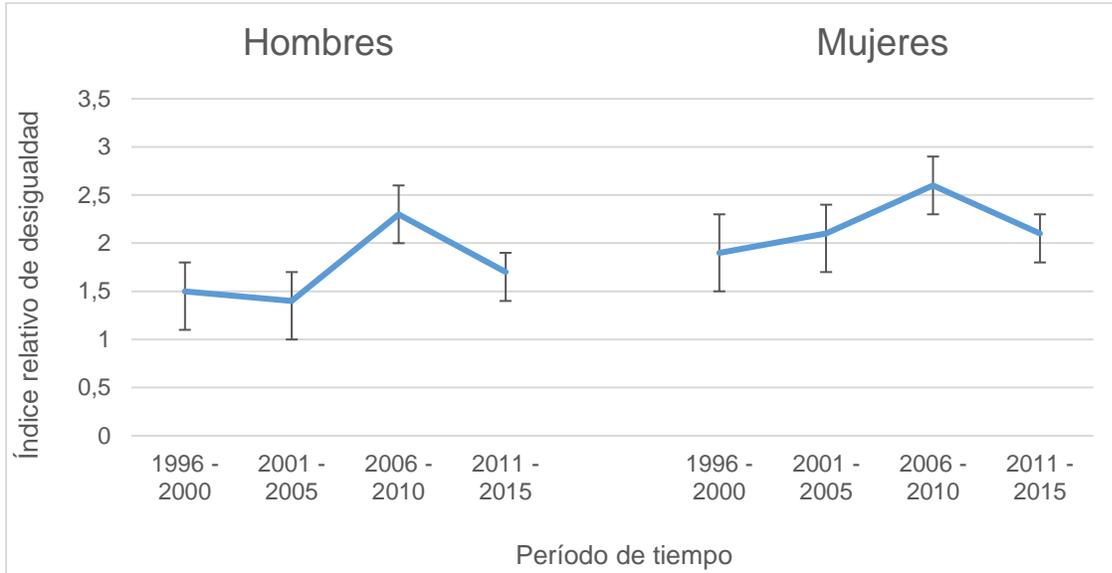
Período	Sexo	Educación	Casos	TIE	RT (95% CI)	IRD (95% CI)	IAD (95% CI)
Total	Hombres	Primaria	1362	24,3	3,1 (2,8; 3,5)		
		Secundaria	692	20,2	1,5 (1,4; 1,7)	1,7 (1,5; 1,8)	14,5 (12,0; 17,1)
		Superior	437	14,5	1		
	Mujeres	Primaria	1319	17,0	6,4 (5,5; 7,3)	2,1 (1,9; 2,3)	14,2 (12,2; 16,2)
		Secundaria	621	11,7	3,0 (2,5; 3,5)		

		Superior	207	7,2	1		
		Primaria	279	23,7	3,6 (2,8; 4,6)		
	Hombres	Secundaria	113	17,3	1,4 (1,1; 1,9)	1,5 (1,1; 1,8)	14,8 (1,7; 15,2)
1996		Superior	77	13,9	1		
2000		Primaria	261	15,8	7,9 (5,5; 11,3)		
	Mujeres	Secundaria	114	10,7	3,4 (2,3; 5,0)	1,9 (1,5; 2,3)	13,2 (11,2; 15,3)
		Superior	33	6,2	1		
		Primaria	369	24,0	3,3 (2,7; 4,1)		
	Hombres	Secundaria	159	18,5	1,4 (1,1; 1,8)	1,4 (1,0; 1,7)	11,7 (10,5; 13,0)
2001		Superior	111	16,2	1		
2005		Primaria	330	15,9	7,6 (5,6; 10,5)		
	Mujeres	Secundaria	127	9,9	2,9 (2,1; 4,1)	2,1 (1,7; 2,4)	12,4 (11,5; 13,1)
		Superior	43	7,5	1		
		Primaria	336	23,9	2,9 (2,4; 3,6)		
	Hombres	Secundaria	190	21,4	1,7 (1,3; 2,1)	2,3 (2,0; 2,6)	16,5 (9,5; 23,6)
2006		Superior	114	12,6	1		
2010		Primaria	356	17,9	6,5 (4,9; 8,7)		
	Mujeres	Secundaria	159	11,5	3,0 (2,1; 4,0)	2,6 (2,3; 2,9)	15,6 (14,9; 16,3)
		Superior	53	7,6	1		
		Primaria	378	25,4	2,8 (2,3; 3,4)		
	Hombres	Secundaria	230	23,6	1,7 (1,3; 2,1)	1,7 (1,4; 1,9)	14,4 (7,4; 21,5)
2011		Superior	135	15,2	1		
2015		Primaria	380	18,3	4,9 (3,8; 6,2)		
	Mujeres	Secundaria	221	14,5	2,8 (2,1; 3,6)	2,1 (1,8; 2,3)	14,8 (10,1; 19,5)
		Superior	78	7,7	1		

Primaria = hasta primaria o primaria; secundaria = cualquier nivel de escuela secundaria; terciario = cualquier nivel de educación postsecundaria después de la escuela secundaria, incluidos colegios y universidades; TIE: tasa de incidencia estandarizada; RT: razón de tasas; IRD: índice relativo de desigualdad; IAD: índice absoluto de desigualdad. Todas las estimaciones se calcularon mediante modelos robustos de regresión de Poisson. Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Al comparar estos índices por los distintos subperíodos de tiempo, se encontró un aumento significativo en la magnitud de las inequidades en términos relativos en el subperíodo 2006-2010 en hombres (figura 11), de acuerdo con sus intervalos de confianza que no se traslapan (tabla 6). En el caso de las mujeres, no se observaron diferencias temporales significativas entre los subperíodos.

Figura 11: Tendencia del Índice relativo de desigualdad de la incidencia por cáncer gástrico en Quito, por sexo y por período, 1996-2015



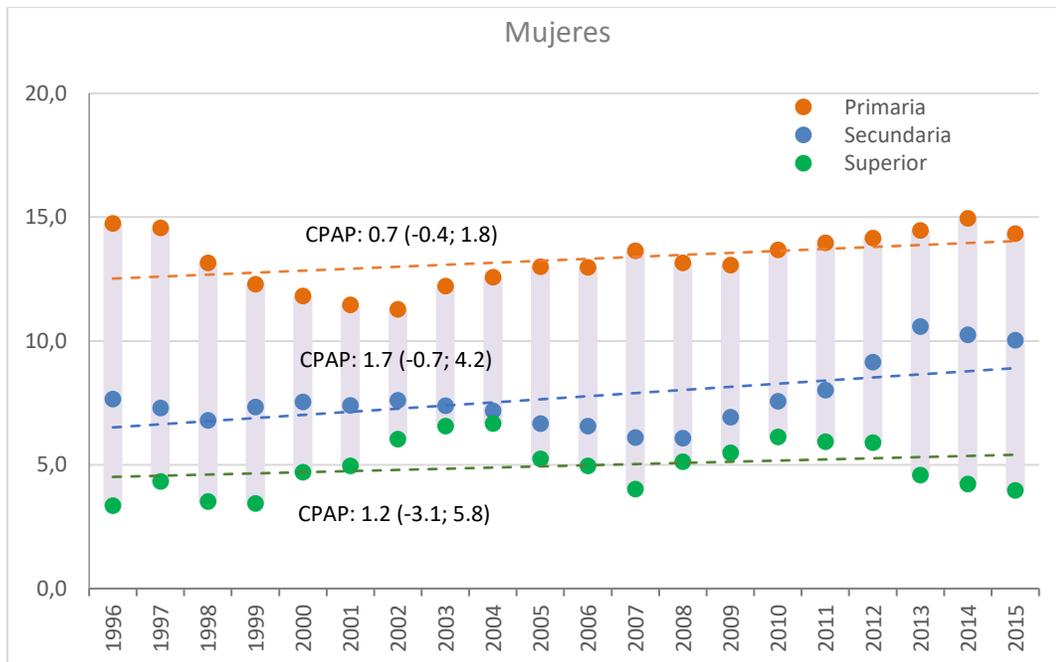
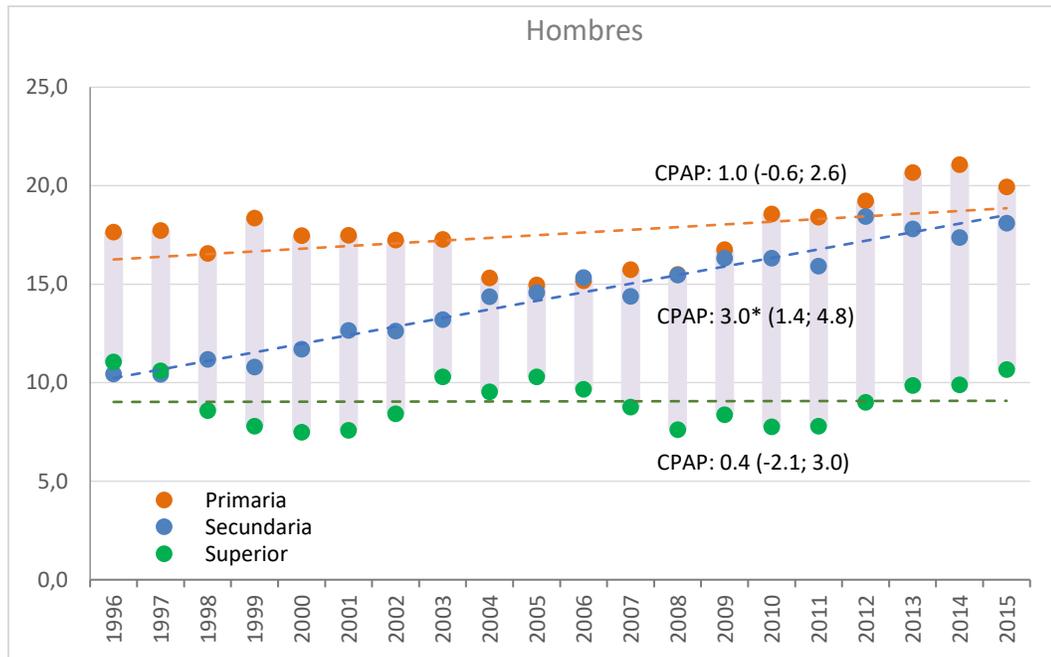
Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

3.1.2. Inequidades educativas en la mortalidad

Durante el mismo período, fueron registradas 3634 muertes por cáncer gástrico (1947 hombres y 1687 mujeres). Durante el periodo de análisis, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad aumentaron significativamente de 13,4 (1996) a 17,6 (2015) muertes por cada 100 000 habitantes en hombres, con un cambio porcentual anual promedio de 1,1 (IC al 95%: 0,1 a 2,2). En el caso de las mujeres, el incremento fue no significativo, pasando de 11,1 a 11,9 muertes por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo, con un CPAP de 0,5 (IC al 95%: -0,5 a 1,5).

Esta tendencia creciente de la mortalidad entre los hombres solo se observó en el grupo de educación media, que manifestó un aumento significativo. En las mujeres, se observaron incrementos no significativos en todos los niveles educativos. En la figura 12 se observa la tendencia de las tasas de mortalidad por nivel educativo, representando la brecha de inequidad existente durante todo el período de estudio.

Figura 12: Tasas de mortalidad estandarizada del cáncer gástrico. Quito 1996-2015, hombres y mujeres



Y: Tasas estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes; X: año de diagnóstico; CPAP: Cambio porcentual anual promedio, las cifras entre paréntesis son los IC al 95%; Una estrella indica significancia estadística con α 0,05. Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

En la tabla 7 se muestran la razón de tasas y los índices de desigualdad relativa y absoluta que permiten visibilizar el riesgo de morir incrementado entre las personas con menor nivel educativo, tanto en hombres como en mujeres, y en todos los períodos (Tabla 7). De modo concreto, las mujeres con niveles educativos bajos tienen 2,4 veces más riesgo de morir por cáncer gástrico que las mujeres con niveles educativos superiores (IC 95%: 2,3; 2,6). En el caso de los hombres, aquellos con niveles educativos inferiores tienen 2,1 veces más riesgo de morir por cáncer gástrico que los hombres con niveles educativos superiores (IC 95%: 1,8; 2,2).

Respecto de los índices absolutos de desigualdad, para todo el periodo de estudio evidenciaron que las mujeres en el nivel educativo hipotéticamente más bajo tienen 12,6 muertes por 100 000 más que las mujeres con niveles educativos superiores. En el caso de los hombres, aquellos con niveles educativos inferiores tienen 12,4 muertes por 100 000 más que los hombres con niveles educativos superiores. Explorando los diferentes subperiodos, se evidencia que hay mucha variación, mostrando que en algunos las inequidades son más fuertes entre las mujeres, y en otros son más fuertes entre los hombres (Tabla 7).

Se observaron fuertes inequidades educativas en las tasas de mortalidad por cáncer gástrico en Quito durante todo el período de estudio (1996-2015). Las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer se mantienen a lo largo del tiempo, por lo que las intervenciones para reducirlas son urgentes. Esta información confirma que la reducción de la mortalidad por cáncer entre los más desaventajados es crucial para reducir las tasas de mortalidad por cáncer.

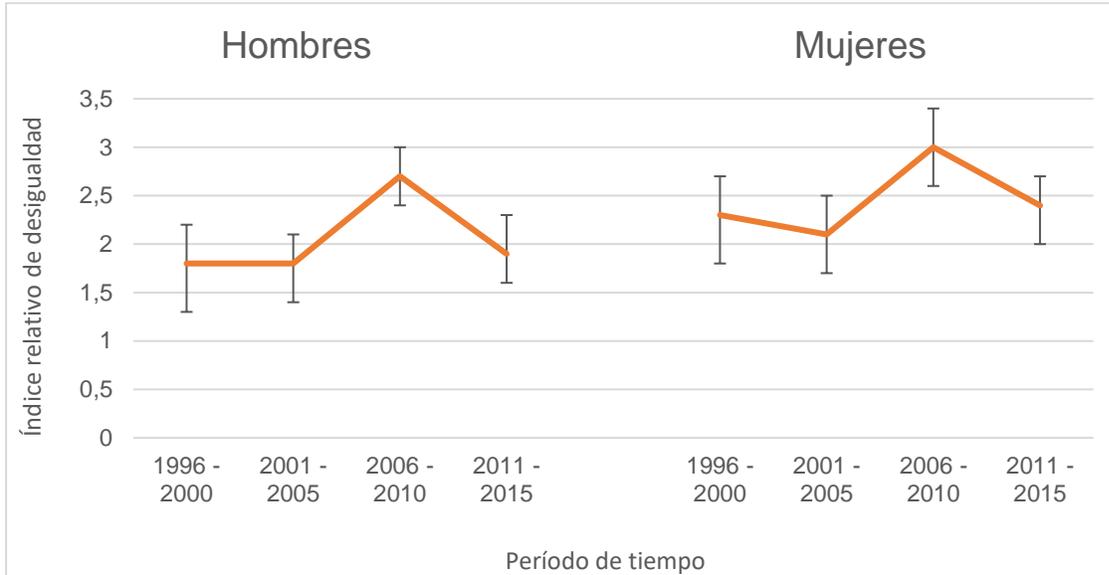
Tabla 7: Tasa de mortalidad estandarizada, razón de tasas, índice relativo de desigualdad e índice absoluto de desigualdad de cáncer gástrico en Quito, por sexo y nivel de educación, 1996-2015

Período	Sexo	Educación	Muertes	TME	RT (95% CI)	IRD (95% CI)	IAD (95% CI)
Total	Hombres	Primaria	1138	17,5	4,0 (3,5; 4,5)		
		Secundaria	526	14,4	1,8 (1,6; 2,1)	2,1 (1,8; 2,2)	12,4 (8,6; 16,3)
		Superior	283	9,1	1		
	Mujeres	Primaria	1099	13,2	7,6 (6,4; 9,1)	2,4 (2,3; 2,6)	12,6 (10,6; 14,6)
		Secundaria	445	7,7	3,1 (2,5; 3,7)		

		Superior	143	4,9	1		
		Primaria	193	16,6	4,8 (3,4; 6,7)		
1996 2000	Hombres	Secundaria	75	11,2	1,8 (1,3; 2,7)	1,8 (1,3; 2,2)	11,9 (11,5; 12,3)
		Superior	40	8,6	1		
	Mujeres	Primaria	211	13,2	10,5 (6,7; 16,6)		
		Secundaria	75	6,8	3,7 (2,3; 6,1)	2,3 (1,8; 2,7)	14,1 (13,7; 14,6)
Superior		20	3,5	1			
2001 2005	Hombres	Primaria	305	17,3	4,4 (3,4; 5,7)		
		Secundaria	113	13,2	1,6 (1,2; 2,2)	1,8 (1,4; 2,1)	10,2 (9,6; 10,9)
		Superior	69	10,3	1		
	Mujeres	Primaria	248	12,2	7,0 (4,9; 10,1)		
Secundaria		91	7,4	2,6 (1,7; 3,8)	2,1 (1,7; 2,5)	8,3 (6,1; 10,5)	
Superior		35	6,6	1			
2006 2010	Hombres	Primaria	309	15,5	4,0 (3,1; 5,2)		
		Secundaria	149	15,5	1,9 (1,5; 2,5)	2,7 (2,4; 3,0)	10,9 (2,7; 19,1)
		Superior	76	7,6	1		
	Mujeres	Primaria	311	13,2	7,9 (5,7; 11,1)		
Secundaria		110	6,1	2,8 (1,9; 4,0)	3,0 (2,6; 3,4)	13,6 (10,9; 16,2)	
Superior		39	5,1	1			
2011 2015	Hombres	Primaria	331	20,7	3,3 (2,6; 4,2)		
		Secundaria	189	17,8	1,9 (1,5; 2,4)	1,9 (1,6; 2,3)	15,4 (9,3; 21,5)
		Superior	98	9,9	1		
	Mujeres	Primaria	329	14,4	6,7 (4,9; 9,0)		
Secundaria		169	10,6	3,4 (2,5; 4,7)	2,4 (2,0; 2,7)	13,7 (9,5; 18,0)	
Superior		49	4,6	1			

Primaria = hasta primaria o primaria; secundaria = cualquier nivel de escuela secundaria; terciario = cualquier nivel de educación postsecundaria después de la escuela secundaria, incluidos colegios y universidades. Todas las estimaciones se calcularon mediante modelos robustos de regresión de Poisson. Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

De la misma manera, al comparar estos índices entre los distintos subperíodos de tiempo, se encontró un aumento significativo en el subperíodo 2006-2010 en hombres (figura 13), de acuerdo con sus intervalos de confianza que no se traslapan (tabla 7). En el caso de las mujeres, no se observaron diferencias temporales significativas entre los subperíodos.

Figura 13: Tendencia del Índice relativo de desigualdad de la mortalidad por cáncer gástrico en Quito, por sexo y por período, 1996-2015

Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Las pronunciadas inequidades en las tasas de mortalidad por cáncer gástrico, según el nivel educativo como indicador de la posición socioeconómica, muestran cómo las personas en posiciones socioeconómicas bajas están cada vez más rezagadas en el control del cáncer gástrico. Siendo mucho mayores esas inequidades en las mujeres que en los hombres.

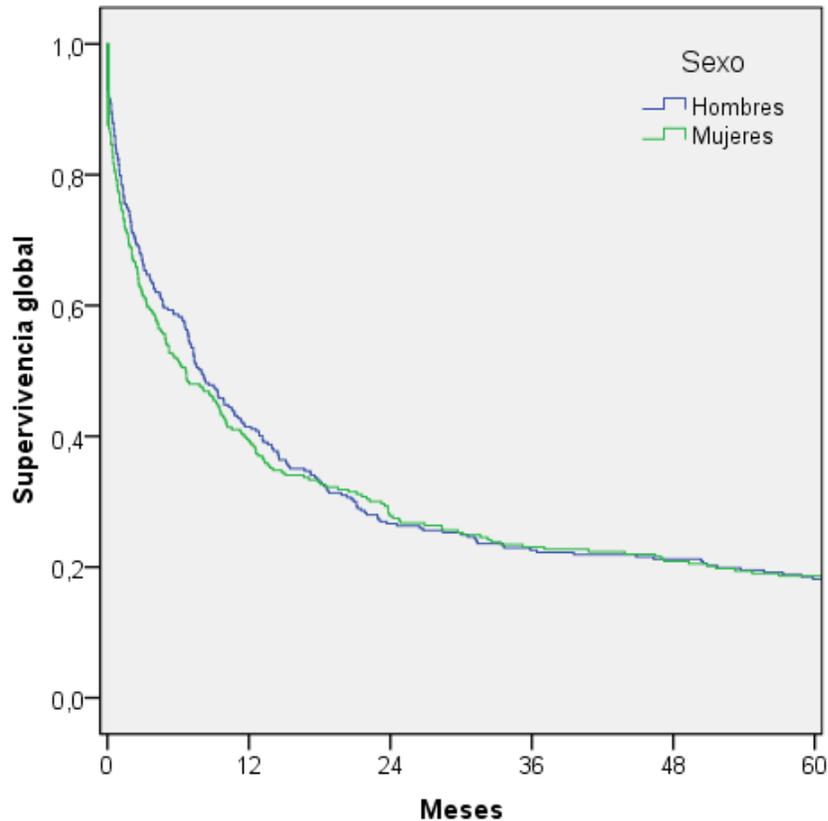
3.1.3. Inequidades educativas en la supervivencia global a 5 años

Se analizó la información de 599 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico entre el año 2011 y 2015, 52% de los cuales correspondió a hombres. La edad promedio entre hombres fue de 65,4 (Desviación Estándar (DE): 15,4) y entre las mujeres de 63,6 años (DE: 18,5). De los 599 pacientes, 474 (79,1%) habían muerto al final del seguimiento y los 125 casos vivos se consideraron como censurados (no se consideran en riesgo, y no se cuentan en el denominador).

La estimación de la supervivencia global a 5 años fue de 18% tanto para hombres como para mujeres. La mediana de supervivencia fue de 7,9 meses (IC95%: 6,3; 9,5) en hombres y de 6,6 meses (IC95%: 4,1; 9,1) en mujeres. La mortalidad fue más alta durante los

primeros 6 meses después del diagnóstico, luego de lo cual la curva se hace menos pendiente hasta el mes 24, posterior a ello la curva se tiende a estabilizar. A los dos años, alrededor de solo el 30% de las personas con cáncer gástrico están vivos, hasta caer al 17% a los 5 años (figura 14).

Figura 14: Supervivencia global de cáncer gástrico, cohortes 2011-2015 por sexo. Quito



Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Aunque se evidencian algunas diferencias en la proporción de mujeres y hombres que sobreviven los primeros seis meses posteriores al diagnóstico, estas no son estadísticamente significativas. Por lo que no existen diferencias por sexo en la supervivencia. Sin embargo, se corrobora la alta letalidad de la enfermedad, ya que seis meses después del diagnóstico la mitad de los pacientes había muerto.

Con relación al nivel educativo, la supervivencia global de las personas con nivel educativo superior duplica la de aquellas con educación primaria, tanto a los 2 como a los 5 años. En

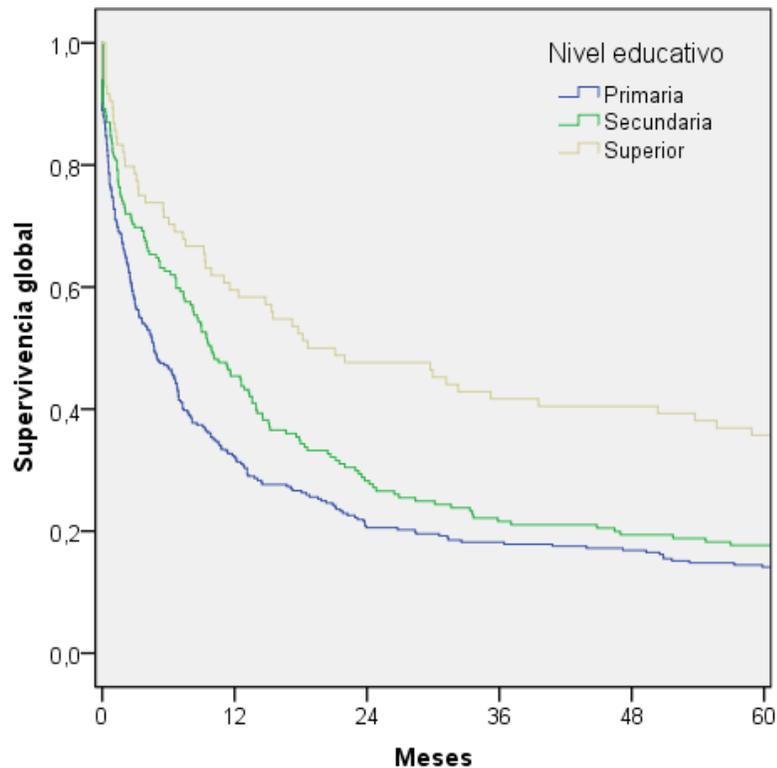
la tabla 8 y figura 15 se puede apreciar los resultados de supervivencia entre los diferentes niveles educativos de los pacientes.

Tabla 8: Supervivencia global de cáncer gástrico en Quito, 2011-2015

			Supervivencia global %					
	Casos	Muertes	A 2 años	a 5 años	Media	IC 95%	Mediana	IC 95%
Hombres	312	246	26	18	23,2	19,7; 26,7	7,9	6,3; 9,5
Mujeres	287	228	27	18	23,5	19,7; 27,4	6,6	4,1; 9,1
Primaria	304	259	21	14	19,1	15,7; 22,5	4,6	2,9; 6,4
Secundaria	185	150	27	17	23,4	19,1; 27,7	9,8	6,9; 12,8
Superior	84	56	48	34	37,7	30,2; 45,3	18,6	4,4; 32,8

Elaboración: autor. Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Figura 15: Supervivencia global de cáncer gástrico, cohortes 2011-2015 por nivel educativo. Quito



Elaboración: autor. Fuente: RNT.

El hecho de encontrar una brecha de inequidad en la supervivencia del cáncer gástrico, en la que las personas con instrucción superior sobreviven el doble de tiempo que las personas con niveles de instrucción primaria, muestra las diferencias en la oportunidad en el diagnóstico, ya que es muy probable que estos pacientes sean diagnosticados en etapas tempranas del cáncer, en las que existen tratamientos curativos, mientras que los pacientes con instrucción primaria, que probablemente son diagnosticados en etapas tardías, acuden en el momento en que las intervenciones de tratamiento son limitadas.

3.1.4. Lugar de residencia en la incidencia y mortalidad

En el período de 2011 a 2015, los casos se distribuyen de manera heterogénea en las treinta y tres parroquias del Distrito Metropolitano de Quito. Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad, de acuerdo con la parroquia de residencia, se presentan en la tabla 9. Se incluye la tasa obtenida en Quito como valor de referencia.

Tabla 9: Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por parroquias del cáncer Gástrico. Quito 2011-2015

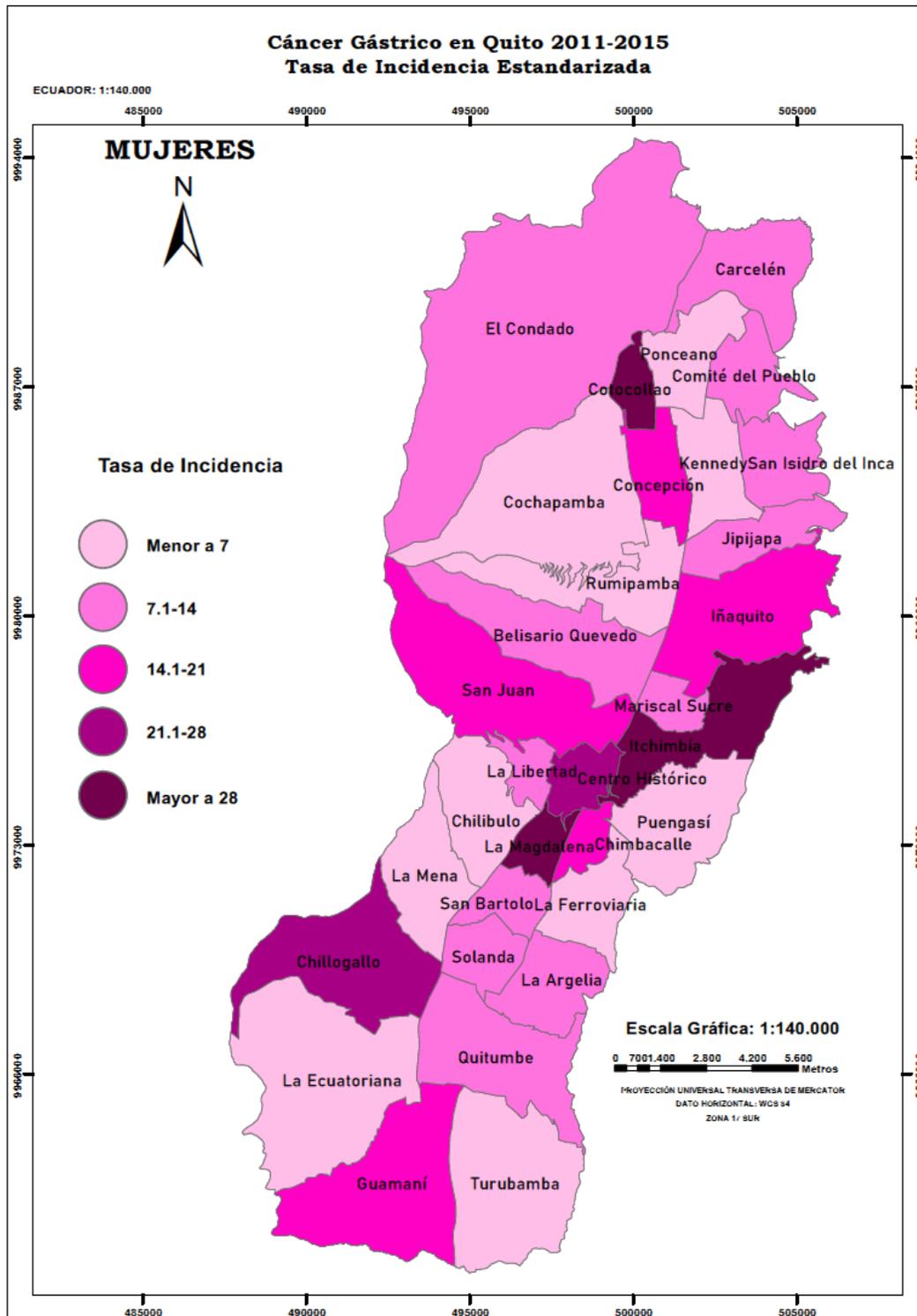
Parroquia	Hombres		Mujeres	
	Tasa de incidencia estandarizada	Tasa de mortalidad estandarizada	Tasa de incidencia estandarizada	Tasa de mortalidad estandarizada
La Magdalena	53,0	35	30,9	24,6
Cotocollao	51,7	38,1	36,0	25,8
Centro histórico	32,6	21,7	21,8	16,6
Chillogallo	31,7	21,8	26,1	21,3
Guamaní	29,6	23	17,6	11,8
Itchimbía	24,7	27,8	31,1	22,8
Mariscal Sucre	24,5	15,9	14,0	6,7
La Concepción	23,1	17,6	18,4	10,0
San Juan	21,7	13,5	14,9	8,8
Jipijapa	21,1	11,3	12,7	6,6
Chimbasalle	18,8	12,3	16,8	11,6
Puengasí	18,1	14,3	6,8	5,1
QUITO	19,6	16,3	13,9	11,0
Carcelén	17,3	11,2	12,5	5,5
Iñaquito	15,9	9,3	16,0	9,2
Comité del Pueblo	15,1	8,1	11,8	7,1

Belisario Quevedo	13,0	7,1	9,8	6,1
La Libertad	13,9	8,8	12,0	10,1
Quitumbe	12,8	6,7	8,9	6,4
Solanda	11,2	8,8	9,2	4,2
El Condado	10,3	5,5	8,9	6,1
San Isidro del Inca	10,4	5,7	7,2	4,8
La Mena	9,6	3,7	4,7	1,5
San Bartolo	8,7	5,6	8,0	4
Rumipamba	7,3	5,7	2,9	1
Chilibulo	6,1	4,8	2,5	1,4
Kennedy	6,0	2,9	4,1	2,1
La Argelia	5,1	2,2	8,0	6,3
La Ecuatoriana	4,0	1,9	4,2	2,4
La Ferroviaria	4,0	2,8	2,3	1,6
Ponceano	2,3	1,5	4,1	1,4
Cochapamba	2,1	1	6,2	3,7
Turubamba	1,7	1,7	0,6	0

Elaboración: autor. Fuente: RNT.

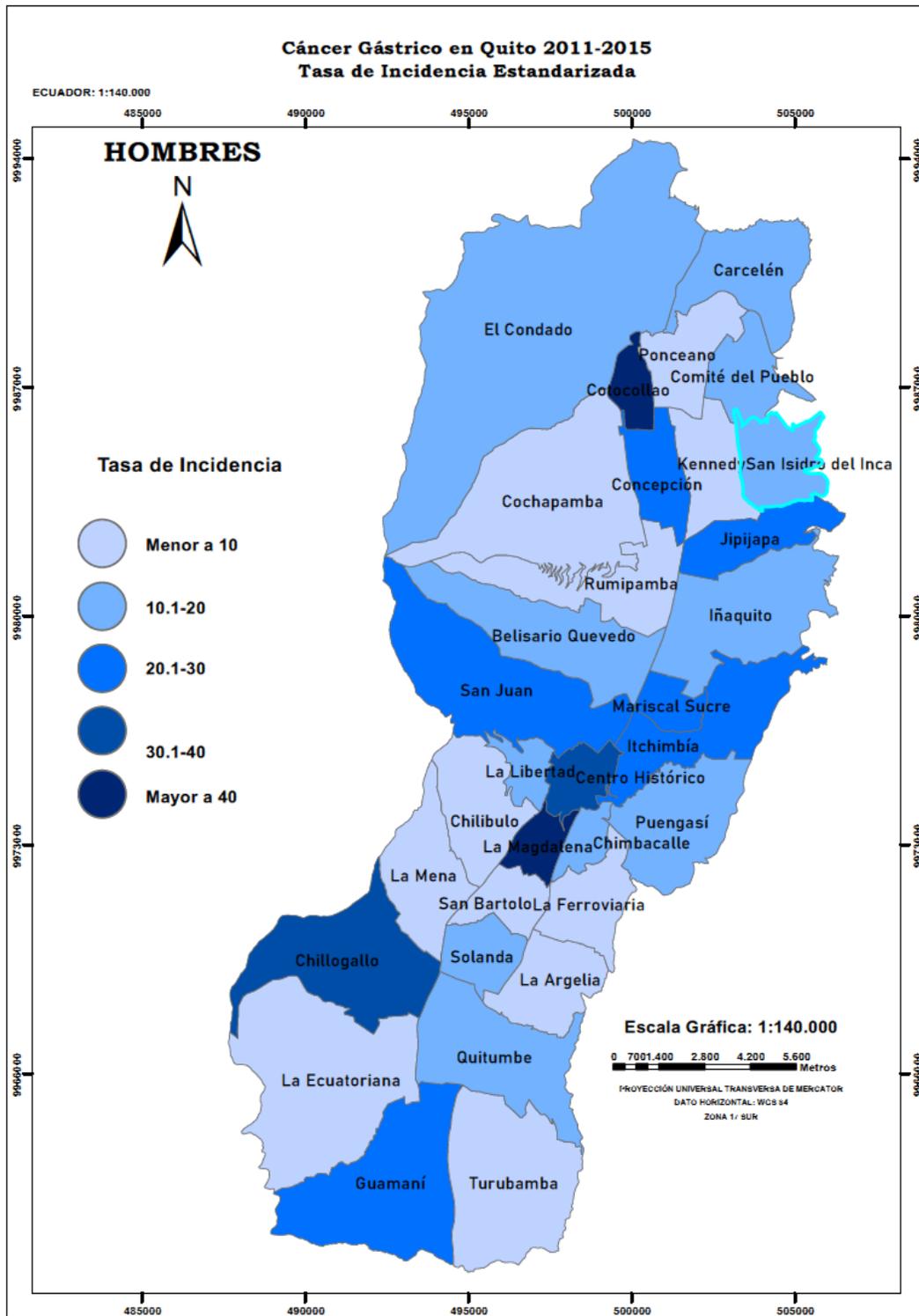
A continuación, se expone esta información representada en mapas de Quito con la distribución de la incidencia y mortalidad según las parroquias urbanas (figuras 16, 17, 18 y 19). Como se mencionó con anterioridad, en la ciudad de Quito se ha producido una lógica segregacionista en la que sectores de altos ingresos llegan a residir en proximidad espacial con sectores de bajos ingresos, por lo que difícilmente se puede encontrar un patrón de distribución a nivel parroquial. Sin embargo, es posible identificar las parroquias que tienen tasas de incidencia y mortalidad superiores al promedio local y nacional.

Figura 16: Distribución de la tasa de incidencia estandarizada por parroquias del cáncer Gástrico. Quito 2011 – 2015, Mujeres



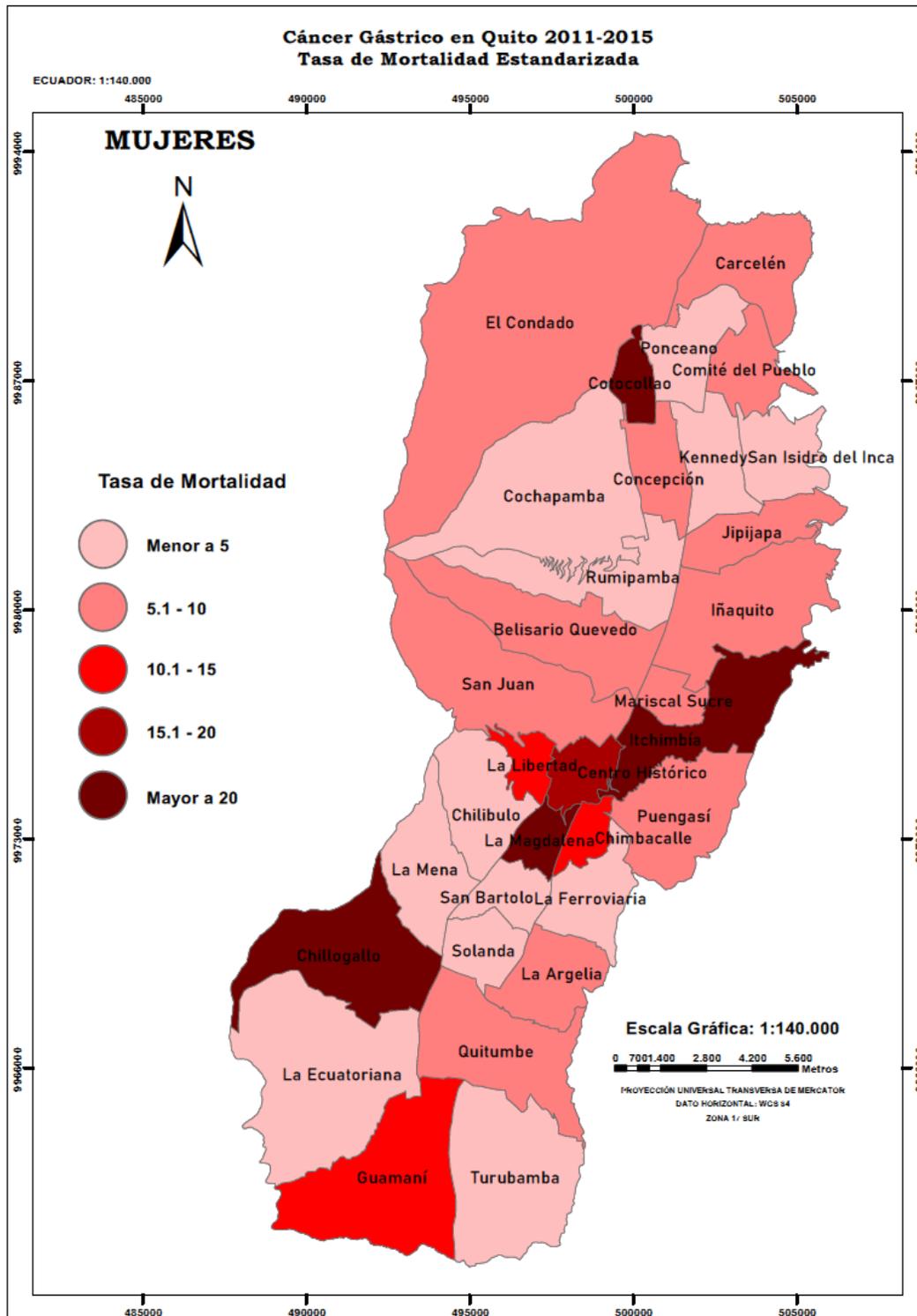
Elaboración: autor. Fuente: RNT.

Figura 17: Distribución de la tasa de incidencia estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Hombres



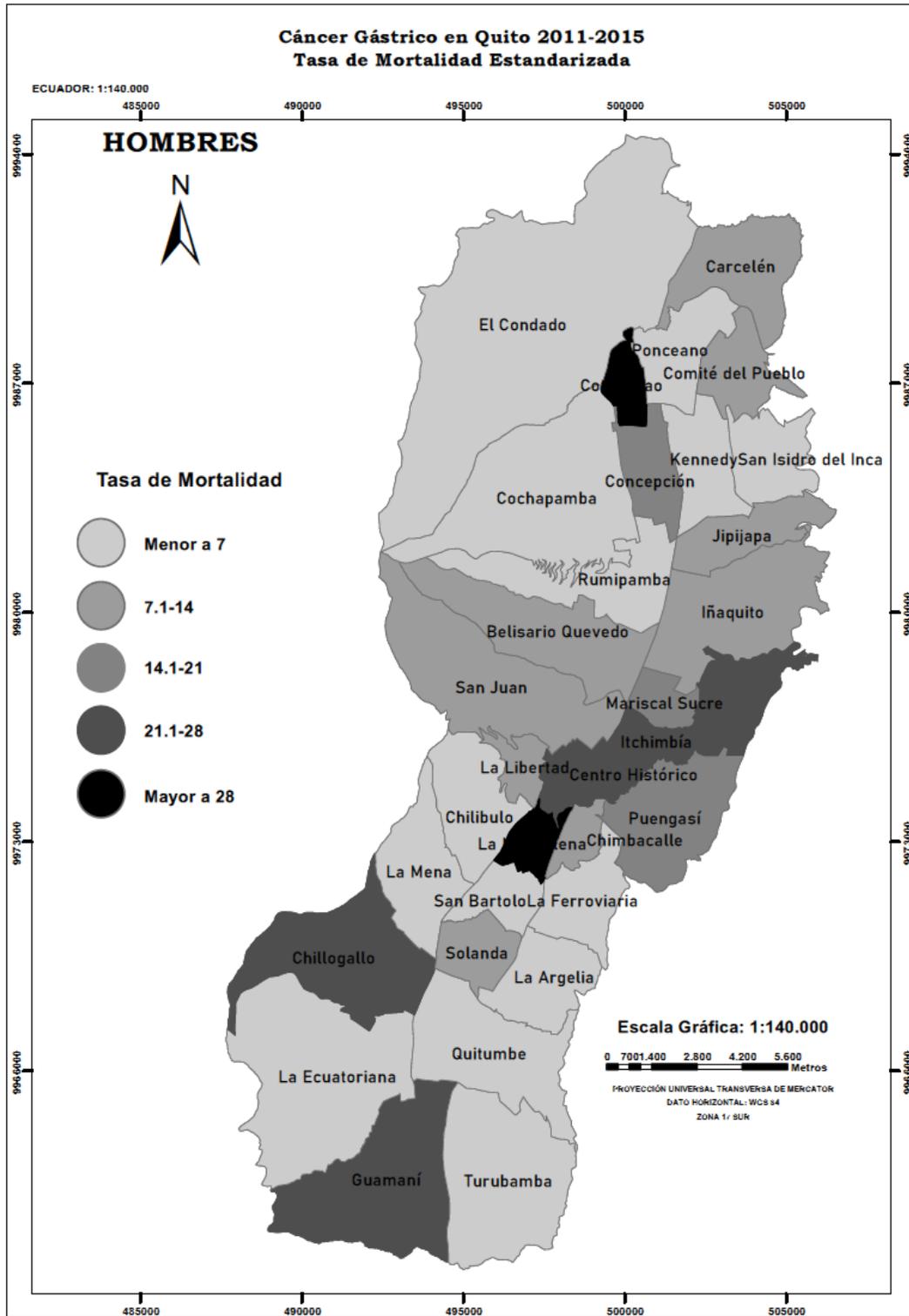
Elaboración: autor. Fuente: RNT.

Figura 18: Distribución de la tasa de mortalidad estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Mujeres



Elaboración: autor. Fuente: RNT.

Figura 19: Distribución de la tasa de mortalidad estandarizada por parroquias del cáncer gástrico. Quito 2011-2015. Hombres



Elaboración: autor. Fuente: RNT.

Llama la atención que varias parroquias ubicadas en el centro de la ciudad tienen tasas elevadas tanto de incidencia como de mortalidad, afectando tanto a hombres como a mujeres. Esto no va en línea con lo reportado por el Municipio de Quito, que, basado en el censo de 2010, aseveró que las parroquias con peores resultados en determinantes sociales son aquellas ubicadas en la periferia.

Para identificar la correlación entre las tasas de incidencia y mortalidad con variables sociales utilizadas por la Secretaría Metropolitana de Salud del Distrito Metropolitano de Quito en la construcción del índice de determinantes sociales, se estimó el coeficiente de correlación de Spearman. La incidencia y mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, tiene una correlación débil con el promedio de escolaridad, las demás variables sociales no tienen una correlación significativa (Tabla 10).

Tabla 10: Correlación entre las tasas de incidencia y mortalidad con algunas variables sociales

Variables	Coeficiente de correlación de Spearman			
	Incidencia		Mortalidad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Densidad poblacional	-0,12	-0,08	-0,12	-0,04
Promedio de escolaridad	0,25	0,23	0,28	0,08
Porcentaje de población con Seguro privado	0,15	0,13	0,17	-0,01
Porcentaje de población sin Seguro médico	-0,14	-0,13	-0,18	0,01
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro social	0,18	0,17	0,22	0,03

Elaboración: autor. Fuente: SMS (2017).

Esta información que permite identificar las parroquias con tasas de incidencia y mortalidad superiores al promedio local y nacional plantea la necesidad de profundizar los análisis en términos de territorio. Es preciso comentar que el Registro de tumores de base poblacional no tiene como propósito el análisis geográfico de la situación del cáncer, por lo que no fue posible obtener información más desagregada. También hay que tener presente que el lugar de residencia utilizado es aquel que se consigna en las historias clínicas de los

pacientes, que muchas veces no corresponde a lugar real de residencia. De ahí que esta primera aproximación geográfica al problema da pie para análisis más específicos.

Es importante aclarar también que, si bien el Registro Nacional de Tumores no tiene como objetivo la medición de inequidades sociales —de ahí que no se disponga de más información para explorar con mayor detalle las distintas dimensiones sociales (ingresos, profesión, ocupación y etnia)— esta información ha permitido visibilizar inequidades sociales y orientar la profundización del análisis mediante otras estrategias de investigación, como la cualitativa, que se describe a continuación.

La complejidad de este fenómeno requiere un abordaje que no se limite a una sola perspectiva, ya que los tomadores de decisión necesitan muchas formas de evidencia para documentar e informar las posibles intervenciones en salud.

3.2. Inequidades sociales en los cuidados del cáncer gástrico: experiencias y vivencias

El cáncer gástrico es una enfermedad crónica que requiere de tratamientos y cuidados multidisciplinarios a largo plazo, suponiendo, entonces, un contacto prolongado y permanente con el sistema de salud. De ahí que buena parte de los cuidados se dan en el entorno hospitalario, una vez que el diagnóstico definitivo se haya confirmado. La respuesta estatal, en términos de política pública para garantizar el acceso a la atención, por lo tanto, es crucial para hacer frente a este proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, ya que determinará la calidad de vida de los pacientes afectados.

En ese sentido, en este apartado se analizan los testimonios de los pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en Quito y de sus familiares, aunados con las experiencias del personal de salud encargado de atender este tipo de pacientes, con la finalidad de identificar el impacto de la respuesta estatal, en términos de política pública de control de cáncer, a la garantía del derecho a la salud en pacientes que requieren cuidados oncológicos integrales y multidisciplinarios. Para esto se utiliza como eje de análisis al *continuum* del cáncer, marco conceptual que permite rastrear las etapas del desarrollo de la enfermedad en las que la política pública puede intervenir para controlarlo: promoción, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.

El punto de partida para el análisis de las inequidades sociales en cada una de las etapas del *continuum* es la confirmación del diagnóstico que reciben los pacientes por parte del personal médico, experiencia que visibiliza la aprensión que existe frente a esta enfermedad en la sociedad, lo cual es común entre todos los entrevistados.

3.2.1. Usted tiene cáncer

Se había determinado en el apartado anterior que, en Quito, cada año mueren 240 personas por cáncer gástrico en promedio, convirtiéndose en la principal causa de muerte por cáncer en la ciudad; una vez que los pacientes reciben el diagnóstico, solo el 18% permanece con vida después de cinco años. A la frecuencia y letalidad del cáncer gástrico le atribuyen connotaciones de temor e incertidumbre, por lo que en el momento en que alguien recibe la confirmación de este diagnóstico siente una suerte de sentencia de muerte.

Así es precisamente la forma en que lo perciben los pacientes entrevistados; recibir el diagnóstico representa para ellos una noticia devastadora, un impacto emocional caracterizado por miedo, incertidumbre, impotencia, desasosiego y desesperanza. Sus relatos llevan implícito el hecho de que el cáncer es una enfermedad catastrófica²³ y que tiene un vínculo inexorable con la muerte. De manera explícita, la narrativa de todos los pacientes, independientemente de su condición social o del tipo de vinculación con el sistema de atenciones, público o privado, refleja una natural percepción negativa hacia el cáncer. En los siguientes extractos de entrevista se puede evidenciar algunas de las experiencias de esta etapa.

Para mí fue un golpe tremendo. Lo primero que hice es preguntarle y pensar en la muerte y preguntarle al doctor cuánto tiempo tengo para morirme. Estaba mi esposa y mi hermano;

²³ En Ecuador, una enfermedad catastrófica es aquella de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Por lo general cuenta con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras. El Acuerdo Ministerial 1829 del 6 de septiembre de 2012 emitió el listado de enfermedades catastróficas, en el cual se incluye a todos los tipos de cáncer. El artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador de 2008 determina: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” (CRE, 2008).

como le digo, fue un golpe demasiado fuerte y nos echamos a llorar y pensé que todo se me venía al suelo (FC.2019).

[A] uno cuando le dan eso, oye cáncer y es la palabra que es de morirse, es la palabra que uno siente morir, es la palabra cáncer. Entonces yo escuché cáncer y era el momento en el que yo no quería saber nada (VO.2019).

Fue una noticia dura, devastadora, me causó llanto y un poco de impotencia de no saber qué hacer ese rato, porque era en una consulta privada, no era aquí (AM.2019).

Yo pensé que ese era el fin de mi vida (MA.2019).

Si bien la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con la Unión para el Control Internacional del Cáncer (UICC por sus siglas en inglés), publicaron boletines para desmentir mitos, entre ellos el de que “El cáncer es una sentencia de muerte”, aduciendo que son muchos los tipos de cáncer que en la actualidad se pueden prevenir y curar (OPS, 2013), el imaginario frente a esta enfermedad sigue siendo fatalista.

Desde siempre, al cáncer ha sido asociado al sufrimiento y se ha vuelto sinónimo de dolor y muerte. Esto, en parte, como resultado del largo período de desinformación sobre la evolución natural de la enfermedad en el conocimiento médico mundial (Alonso, 2010), desconocimiento que existe hasta la actualidad en ciertos tipos de cáncer, configurándolo como una enfermedad temible. A ese desconocimiento se suma el uso que se hace de la palabra cáncer para referirse a algo negativo o destructivo: “La droga es el cáncer de nuestra sociedad”. Esta afirmación es utilizada por la Real Academia Española para ejemplificar la cuarta acepción de la palabra cáncer en el diccionario de Lengua Española: “Proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos”. Estas expresiones, junto con otras que se dan en medios de comunicación en referencia a algo negativo, fortalecen la estigmatización de la enfermedad como algo fatal (Jait, 2015).

Algunas investigaciones señalan el impacto negativo de esta percepción fatalista en las conductas preventivas de las personas, por ejemplo, en retardar la búsqueda de ayuda médica, lo que reduce la posibilidad de diagnósticos oportunos y tratamientos eficaces, redundando al final en aumento de muertes (Ramos, 2012). Por otro lado, se ha configurado una metáfora militar o bélica para hacer referencia a la vida de las personas con cáncer una vez que reciben el diagnóstico. Resulta en una analogía a la guerra, en la cual el paciente combate con el enemigo (cáncer) en una lucha heroica, lo que sugiere que

las personas que se mantienen vivas son guerreras o sobrevivientes, en tanto que quienes fallecen a causa de la enfermedad han sucumbido en esa guerra personal y, por lo tanto, son perdedores (Sontag, 1998).

Es común encontrar programas, campañas o fundaciones que hacen alusión, tanto en sus nombres como en sus objetivos, a estos elementos (lucha, sobreviviente, guerrero) y refuerzan el sentido de la metáfora. Profesionales de la salud y pacientes afectados han cuestionado esta situación, ya que responsabiliza a las personas afectadas del desenlace de su enfermedad, además de convertirse en un obstáculo para que la promoción y prevención de la salud constituyan un conocimiento accesible para la población (Jait, 2015).

Este imaginario, que es común en las narrativas de los pacientes y familiares entrevistados, hace que la confirmación del diagnóstico se constituya en un punto de inflexión en sus vidas y en las de sus familias, por ser el elemento detonante para reconfigurar la trayectoria vital; sin embargo, existen diferencias en la forma de enfrentar y vivir con cáncer. Como se verá a lo largo de esta sección, el desarrollo de esta enfermedad en una persona tiene ciertas especificidades, relativas a su estatus social y cultural, que impone un desafío importante para los sistemas de salud, en el sentido de requerir una política pública específica para su control, construida desde un sentido de equidad. El desafío es mayor en países como Ecuador, que tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado, con una limitada integración, lo que deviene en obstáculos en el acceso a la atención.

3.2.2. La promoción de la salud

La política pública para el control del cáncer en Ecuador se publicó de manera oficial hace cinco años, con el objetivo de reducir la mortalidad prematura por cáncer, priorizando la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (MSP, 2017). Las líneas estratégicas que tienen que ver con la promoción de la salud, definida como el conjunto de actividades orientadas a mejorar la calidad de vida y evitar el desarrollo de enfermedades en personas sanas; son: 1) fomento del desarrollo de factores de protección como el autocuidado, los estilos de vida y espacios saludables; y 2) fortalecimiento del control de riesgos del cáncer.

De manera concreta, con relación al cáncer gástrico, la norma pone énfasis en cuatro hábitos: alimentación saludable, actividad física, uso del tabaco y consumo de alcohol. No se trata de acciones nuevas, sino más bien de una ratificación de algunas estrategias ya implementadas en el país desde inicios de este siglo, que en definitiva buscan fortalecer el autocuidado, entendido como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir las enfermedades y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud (OMS, 2009). Desde la institucionalidad, el autocuidado es considerado como una poderosa estrategia para mejorar la salud de las poblaciones, ya que aumenta la autonomía y la participación de las personas en su propia salud.

Aquí cabe hacer una aclaración. Si bien para la Organización Mundial de la Salud la automedicación es un componente del autocuidado, entendido como el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas ya padecen; para el cáncer gástrico tiene implicaciones negativas, porque retrasa el diagnóstico oportuno. Pacientes y personal de salud coinciden en que esta es una práctica habitual y muy accesible en el país, que retrasa la búsqueda de atención especializada.

Los profesionales de la salud entrevistados coinciden en que este tipo de información, que promueve la salud y evita el desarrollo del cáncer, no llega a las personas de manera adecuada, ya que no existen los canales para transmitir el conocimiento. Además, afirman que, en el caso particular del cáncer gástrico, tampoco se ha difundido la información sobre hábitos higiénicos y la conservación y preparación de alimentos que para este cáncer son fundamentales.

En relación con el autocuidado y la difusión de información sobre factores que aumentan o disminuyen el riesgo de desarrollar cáncer gástrico, algunas posturas críticas plantean que este elemento promueve la responsabilidad individual frente a la salud, al tiempo que omite el componente psicosocial, sociocultural y político en la generación de los procesos de salud y enfermedad, con lo que se les impone a las personas la modificación de su comportamiento por medio de un discurso institucional que no logra el alcance deseado, porque reduce la protección social de la salud a un espectro estandarizado que organiza las respuestas frente a los riesgos de enfermar (Flores, 2017).

Cuando hablamos de promoción parecería que fuera ya una responsabilidad del paciente, si cumple o no cumple, si come, si deja el cigarrillo, si deja el alcohol, si come lo sano, parecería que fuera responsabilidad de él, pero si es que es una sociedad inequitativa, donde no todos tienen acceso a la misma información, a la misma recreación, a formas de vidas parecidas, a un acceso a la educación, entonces realmente la falla es de un Estado que mantiene un sistema social inequitativo (PC.Med).

La información sobre el autocuidado no solo que no llega a la población, sino que, de acuerdo con las condiciones sociales, es difícil de poner en práctica. Así, este tipo de estrategias reproducen inequidades porque llegan a la población de manera diferenciada. Al respecto, los profesionales de la salud que tienen experiencia en tratar pacientes con cáncer gástrico ponen énfasis en las inequidades que encuentran entre personas de distintas posiciones sociales.

No ha habido un trabajo real de promoción y específicamente en el cáncer de estómago, hablar sobre una alimentación adecuada resulta complejo y difícil, porque estamos hablando de un consumo no solamente de que conozca la gente, o sea, el conocimiento no llega porque no hay una política clara, pero el acceso al tipo de alimentación también es complejo. O sea, consumir vegetales y frutas no están ni en el conocimiento ni en el acceso económico de las poblaciones que están más afectadas por esta enfermedad (PC.Med).

Depende mucho del nivel social que tenga el paciente, porque, haber: esto de los deportes, lo preventivo, la dieta y todo, esto no llega a gente pobre. Hay gente pobre que no es que tenga televisión, por ejemplo, donde pueda ver estos programas preventivos. Gente en los subcentros [donde] tampoco se fomenta este tipo de situaciones que pueda uno, como paciente de escasos recursos, ver y tal vez verse reflejado. Por ejemplo, los deportes, claro, motivan los deportes y se ha hecho mucha campaña, pero los pobres no pueden adquirir una bicicleta. No se dan tiempo ni siquiera para caminar, porque ellos de los siete días tal vez trabajan los siete días de la semana. Entonces, si bien sí existen todos estos programas a diferencia del pasado, no creo que lleguen a todos los estratos sociales (KE.Med).

Sí hay una diferencia entre los estratos sociales. La gente que hace ejercicio es la gente que tiene un nivel de estudio más alto, pero la otra gente, o los que están en los campos, ellos están dedicados sobre todo a su trabajo. En realidad, la promoción no está bien dirigida, no está bien centrada, diría yo (EG.Med).

Como lo esquematizaba Almeida-Filho en el modelo sintético de articulación de los componentes de las inequidades en salud, es la estructura social de desigualdad la que conlleva a la inequidad en condiciones de vida (trabajo, vivienda, nutrición, educación, posibilidades de recreación), que al final determina el cuidado de la salud en los pacientes con cáncer gástrico, tanto en el acceso al conocimiento como en la obtención efectiva de atención médica (Almeida-Filho, 2020, p. 23). De tal suerte que ni los comportamientos ni las preferencias ni las condiciones de posibilidad son ámbitos de gobierno netamente individual. Por el contrario, lo que la literatura señala es que la agencia de los individuos

está determinada por posiciones y disposiciones (usando los conceptos de Bourdieu) que se configuran en estructuras sociales e históricamente determinadas, que incluso inciden en la propia producción de la subjetividad.

Los recursos sociales se distribuyen de manera diferenciada en la sociedad, lo que implica un reparto disímil de exposiciones y riesgos en las personas. Este escenario corresponde al fracaso de las políticas de promoción de salud (Almeida-Filho, 2020, p. 23).

El desconocimiento sobre las medidas para mantenerse sano y evitar el desarrollo del cáncer gástrico es otro tema exteriorizado por los pacientes, hechos que abonan a lo mencionado ya por los profesionales de la salud, que las recomendaciones que emite el ente rector de la salud no llegan de manera eficaz a toda la población. Aquí unos relatos sobre estos aspectos:

Como no me habían dicho nada, no tenía ninguna dieta. Comía nomás lo que me sirvieran o lo que yo preparara, sin conocer lo que me podía hacer daño. Ahora ya me dijeron que no, que tengo que cambiar (LM.2019)

A mí lo que me ha gustado hacer siempre, mi dedicación ha sido siempre el trabajo. En ese sentido, parece que mejor me despreocupé en especial de la salud, pensando en el trabajo, será a lo mejor en lo que yo siempre he pensado: tener algo, tener una casita para no estar así, de un lado para el otro. Entonces yo me dediqué a tiempo completo a trabajar (JF.2019).

La reducción de las inequidades en salud es un objetivo que Ecuador se ha impuesto desde el 2009. Desde entonces, las políticas públicas ecuatorianas se han enfocado en controlar los factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, incluido el cáncer. Esta política pública se enfoca en controlar los factores de riesgo relacionados con el cáncer, en particular, los comportamientos relacionados con la salud. Destaca, por ejemplo, el desarrollo de políticas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, en asociación con la promoción de estilos de vida más saludables, fomentando la actividad física y una alimentación equilibrada. En general, las políticas se centran en elecciones individuales de comportamiento más que en cambiar el mecanismo estructural que determina esos comportamientos.

A escala mundial, la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico se atribuyen a las mejores condiciones de vida, cambios en la conservación y disponibilidad de alimentos, en especial frutas y verduras frescas. La disminución en las

tasas de la infección por *Helicobacter pylori* en la población también representa un elemento que ha impactado en la reducción mundial del cáncer gástrico. En Ecuador, en donde las tasas de incidencia siguen siendo altas y durante las últimas décadas se visibiliza un estancamiento en su reducción, se vuelve necesario repensar las estrategias de promoción de la salud de manera más equitativa, para efectivamente evitar el desarrollo del cáncer gástrico en la población.

Como se menciona en la Constitución de la República, el derecho a la salud se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. En el caso de la alimentación, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC), en 2020, señala que el 69,2% de los hogares en Ecuador no podía pagar el costo mensual de la Canasta Básica Familiar. Por otro lado, el 37,9% de la población costera, 33,9% de la amazónica y el 19,4% de la población andina del país se encuentran en inseguridad alimentaria y nutricional. Las estrategias de promoción, entonces, no serán suficientes si no se piensan desde una lógica de protección y garantía del derecho a la salud, de manera integral.

3.2.3. Tamizaje

Desde la salud pública es importante detectar a tiempo el cáncer gástrico, ya que si el diagnóstico se realiza en las etapas iniciales, apenas el tumor está localizado, las opciones de tratamiento y curación son amplias. El tamizaje o detección oportuna consiste en detectar en ausencia de síntomas la presencia de cáncer en una persona.

En Ecuador, la norma establece realizar la detección oportuna en la población de más de cincuenta años. El tamizaje se debe hacer mediante la combinación de exámenes serológicos para la determinación de *Helicobacter pylori* y pepsinógeno combinado con endoscopia digestiva alta (MSP, 2017). Esto implica que las personas mayores de cincuenta años deben demandar de este tamizaje en la atención médica, como una medida para monitorear su salud. Es decir, se trata de un programa oportunista, en el que el requerimiento se inicia en la consulta médica y, por lo tanto, está disponible para las personas que acceden al sistema de salud y lo solicitan; a diferencia de un programa de tamizaje organizado, el cual se inicia con una invitación directa por parte del Estado a una

población destinataria de pacientes en riesgo. El tamizaje organizado es superior al oportunista porque llega a más personas, proporciona un acceso más equitativo a la atención y la participación, por lo general, no depende del pago (OPS, 2015).

Los profesionales de la salud son enfáticos en mencionar que no existe un programa de tamizaje del cáncer gástrico en Ecuador, por lo que la información consignada en la normativa nacional se convierte en letra muerta. Y es que, en *stricto sensu*, un programa de tamizaje organizado, según la IARC, debe contar con "una política explícita con categorías de edad, método e intervalo de cribado especificados; una población diana definida; un equipo de gestión responsable de la aplicación; un equipo sanitario para la toma de decisiones y la atención; una estructura de garantía de calidad; y un método para identificar la aparición de cáncer en la población diana" (IARC, 2009). A continuación se rescatan algunos criterios y comentarios emitidos por personal médico al respecto:

No hay un programa, para que sea realmente un programa y para que realmente se pueda acceder al cumplimiento de eso. Tiene que haber un programa articulado que sea gratuito y de fácil acceso. Si no hay un programa que te permita un fácil acceso y cero costos, eso no es programa, eso es un fracaso, eso es una mentira (PC.Med).

Como está en la norma, eso significa que todos los hospitales, sean públicos o privados, deberían dar un turno como prioritario o tener algo prioritario para esta población, y eso no existe (CE.Med).

El acceso a la red pública de salud en Ecuador es un poco delicado, por así decirlo, por lo mismo porque las unidades especializadas, en este caso para el tamizaje del cáncer gástrico, son escasas. Entonces, todo obedece a turnos y la demanda supera a la capacidad resolutive de dichas unidades. Entonces por ello es que no se puede realizar un tamizaje de prevención, si no solo se realiza estudios en pacientes sintomáticos (FS.Med).

Al no existir un programa de tamizaje de tipo organizado en el país, el tamizaje depende del segmento del sistema de salud al cual tenga acceso una persona: público, seguridad social o privado, en otras palabras, depende de su capacidad de pago. Si se trata del segmento público y de seguridad social, el paciente podrá acceder al servicio en el momento en que sea referido desde el primer nivel al tercer nivel de atención en salud, siguiendo la estructura de los niveles de atención estipulada por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Si se trata de la red complementaria (segmento privado), el flujo entre niveles de atención bien podría seguirse u obviarse, esto dependerá del plan de medicina prepagada que la persona contrate o de

su capacidad de pago para asistir a algún consultorio privado directamente con un especialista.

Es muy difícil que se hagan, porque les generan el pedido y le refieren a un segundo nivel de atención. Ahí no hay, no hay turnos, va pasando el tiempo, se descuidan y llegan al final cuando ya presentan síntomas, pero antes de presentar síntomas, hacen todo un camino que después se cansan, se perdió la cita o definitivamente los turnos están muy lejos. Entonces hasta ahí llegó su preocupación por hacerse el tamizaje y de ahí se desaparecen, no vuelven más. Y es cuando ya aparecen después ya con síntomas (CC.Enf).

Hablando específicamente de la seguridad social, la lista de espera supera a la necesidad de los pacientes. Entonces si un paciente va a realizarse una endoscopia digestiva alta, porque sabe que ha cumplido cincuenta años y hay la posibilidad de que desarrolle un cáncer gástrico, este debe pasar primero por el médico general, el médico general debe hacer una solicitud, interconsulta a gastroenterología y el gastroenterólogo debe planificar una endoscopia y este tiempo de espera o tiempo de respuesta para encontrar el mencionado estudio demora entre unos dos y tres meses (FS.Med).

El acceso a una endoscopia en un hospital, si el paciente no presenta muchos síntomas, realmente no se le hace. En un hospital privado yo voy y exijo y me hacen porque pago, pero no todo mundo tiene esa posibilidad, si no hay plata no se hace nomás y tal vez si tenga un cáncer y lo cargue en estadio temprano, pero no se llega al diagnóstico. Entonces también aquí a veces manda, como en otros lados, el tener dinero (KE.Med).

Todo lo mencionado evidencia las inequidades en el acceso al tamizaje en salud y las diferencias que existen para que una persona pueda tener un diagnóstico oportuno del cáncer gástrico. Es la estructura del sistema de salud la que genera y reproduce inequidades sociales en el acceso, ya que antepone la capacidad de pago de las personas a la garantía de un diagnóstico oportuno del cáncer gástrico.

En China, Japón y Corea del Sur se han implementado programas nacionales de tamizaje basados en la detección endoscópica, resultando en tasas más altas de detección de cáncer gástrico en etapas tempranas, con una mortalidad sustancialmente reducida. El programa nacional de detección para el cáncer gástrico, lanzado en Corea del Sur en 2002, invita a cualquier persona coreana de cuarenta años o más a someterse a una endoscopia o una serie gastrointestinal superior cada dos años (NCSP, 2002); una evaluación reciente ha demostrado que la detección oportuna implicó gastos de atención médica significativamente más bajos y mostró un pronóstico más favorable para las personas que accedieron a la detección oportuna (Suh, 2020).

En Ecuador, ante la ausencia de programas de tamizaje del cáncer gástrico, es indispensable repensar la política pública tomando en cuenta la segmentación del sistema

de salud. Algunos ensayos aleatorizados recientes demuestran que el tamizaje y la erradicación de *Helicobacter pylori* con antibióticos reduce el riesgo de cáncer de estómago. Aunque este enfoque requiere más investigación, puede representar una nueva forma prometedora de reducir aún más las tasas de cáncer de estómago en nuestro país, donde además la infección crónica por *Helicobacter pylori* es común.

3.2.4. Diagnóstico

Como se había mencionado antes, el diagnóstico del cáncer gástrico representa un punto de inflexión en la vida de los pacientes y sus familias. Para llegar a este punto, sin embargo, los pacientes deben pasar por ciertas etapas, debido a las características propias de la evolución natural del cáncer gástrico, pero, sobre todo, debido a las diferencias en los modelos de atención que tienen los distintos segmentos del sistema nacional de salud.

En cuanto a las características de la evolución natural del cáncer gástrico, es importante mencionar que este se desarrolla con lentitud, siguiendo un proceso precanceroso²⁴ que puede durar décadas antes de la transformación maligna y solo en el momento en que la enfermedad esta avanzada los pacientes pueden presentar síntomas. En etapas iniciales el paciente no presenta sintomatología; en el caso de manifestarse, es muy vaga e imprecisa.

Eso sí no puedo mentir, eso no pensaba ni ir al centro de salud ni nada, no sentía nada, no tenía nada de dolor. [El rato] menos pensado cogió el dolor así, cuando [en] el centro de salud dijo presión alta, no ha sido presión alta, ha sido tumor, pues. Ya te digo, no sentía nada nada nada, nunca, nunca, sano era, [el rato] menos pensado cogió, pues (AP.2019).

Me sentía bien en ese tiempo, o sea, se me hinchaba el estómago, yo pensé que era una simple gastritis y simplemente era con agüitas, tomaba mucha agua y me pasaba, solo era que me hinchaba el estómago nada más, yo deje pasar, pero aún no me sentía mal y hasta recién. Yo me sentía sana, por eso ahora que me sorprende de golpe me cogió y es algo que no puedo creer (CP.2019).

Yo no sentía, no sentía prácticamente nada y el cáncer no ha sabido doler (JF.2019).

²⁴ La cascada precancerosa, descrita en 1975 por Pelayo Correa, se basó en observaciones en poblaciones colombianas con alto riesgo de cáncer gástrico. Tras la identificación de *H. pylori* como agente causante de gastritis en 1994, se reconoció mundialmente que este proceso se inicia y se mantiene por la infección con esta bacteria y puede durar décadas antes de que se convierta en cáncer (Piazuelo, 2013, p. 196).

Empecé con mis dolores desde hace siete años, siete años con dolores que me decían que tenía gastritis, estaba cuidándome, tomándome pastillas, poniéndome inyecciones, pero nunca me calmó. Después ya vuelta me dijeron que tenía la vesícula inflamada y no ha sido, vine para acá y en la clínica del frente ahí me diagnosticaron que tengo cáncer de estómago (MC.2019).

La mayoría de los pacientes entrevistados manifestaron esta situación, excepto dos pacientes que durante su vida adulta se realizaron controles de salud de manera periódica, uno de ellos por tener un seguro privado y otro por contar con seguridad social y además antecedentes de familiares que murieron con cáncer gástrico. En estos casos, que tienen una mejor capacidad de acceso al sistema de salud, hubo mayor probabilidad de que el personal médico detecte el cáncer gástrico en etapas más tempranas. Y aunque el curso de la enfermedad es similar, es decir, son personas que no presentan sintomatología, el hecho de realizarse controles de salud de manera rutinaria hace que el diagnóstico sea más oportuno.

Yo me había hecho unas siete biopsias, siete endoscopias y nunca me detectaron que yo tenía cáncer, porque, o sea, eso es lo que me dijo el médico cuando me descubrió la última vez. Por medio del Seguro yo me he hecho chequear en algunos lugares, unos han sido buenos y otros han sido malos (MA.2019).

Los médicos de ahí del Seguro donde yo me hago atender me conocen y ya son varios años que me han visto caminar por esos corredores. Entonces el tratamiento conmigo ya es más de una buena relación, no es la primera vez (LP.2019).

Este aspecto particular de la evolución natural del cáncer gástrico es un desafío para el sistema de salud pública, porque tiene serias implicaciones en el manejo de la enfermedad. Como se mencionó en la sección anterior, si los casos de cáncer son detectados en estadios tempranos, en los que los pacientes son asintomáticos, las alternativas de tratamiento son amplias, lo que resulta en un aumento de la supervivencia de los pacientes y una menor mortalidad. Lo que sucede, por lo general, es que los pacientes acuden en busca de atención médica después de que el cáncer gástrico ya está diseminado y, por lo tanto, las alternativas de tratamiento son menores y la supervivencia baja.

No me hice atender, no hice el esfuerzo de hacerme tratar y vea las consecuencias que estoy ahora pasando, una pesadilla terrible, porque estoy es como en una pesadilla que te quieres salir, por más que quieras despertar todavía no puedes, tienes que esperar su hora de despertar cuando [a] usted le hagan toda su quimioterapia y todo lo que necesita para combatir el cáncer (AM.2019).

En esta etapa, el modelo de atención de los diferentes segmentos del Sistema Nacional de Salud juega un papel importante porque impacta en la oportunidad en el diagnóstico. En la Red Pública Integral de Salud, según el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, se espera que el paciente acuda a los establecimientos del primer nivel de atención de salud (centros y subcentros de salud) para luego ser referido al segundo o tercer nivel si la complejidad de su proceso salud enfermedad así lo requiere (MAIS-FCI, 2012). En la Red complementaria (instituciones privadas) existe más flexibilidad para el paciente, ya que el flujo de niveles se puede descartar.

En el privado indudablemente es de acuerdo con el poder adquisitivo que el paciente tenga. Entonces el paciente, obviamente, le puede decir directamente al gastroenterólogo: “Quiero hacer una endoscopia” y el gastroenterólogo, dependiendo de su disponibilidad, lo hará ese mismo día o en el transcurso de una semana, máximo (FS.Med).

En la Red Pública Integral de Salud, las personas acuden al primer nivel de atención una vez que la sintomatología es incapacitante. Muchas veces el dolor abdominal intenso que presentan los pacientes se convierte en el motivo de consulta de una emergencia médica. Además, las entrevistas evidencian la limitación de la red pública integral para garantizar el acceso al diagnóstico, ya que los pacientes no reciben atención y terminan acudiendo al segmento privado. Por otro lado, existe la limitación geográfica, porque los centros especializados en cáncer están concentrados en ciudades grandes, es decir, los pacientes que provienen de sectores rurales deben movilizarse e implementar otro tipo de estrategias para recibir una atención efectiva. Lo cual vuelve necesario repensar la provisión de este tipo de servicio especializado en la población.

Un buen día me cogió el dolor bien fuerte y mis hijos de apuro me llevaron a hospitales y no me querían coger, a otro hospital y nada y nada y nada. A la final me llevaron donde el padre Carollo (AM.2019).

Todo lo que comía me daba apetito, pero igual no me circulaba, no pasaba del estómago para abajo para el colon. Entonces ya ahí estábamos ya mal, de ahí me fui al subcentro de La Maná, ahí descubrieron que lo negro que yo vomitaba y defecaba era desangrado, pero como ahí no tienen todos los preparativos para tratarme, como eso pertenece a Cotopaxi, me enviaron a Latacunga y de Latacunga me enviaron acá (JU.2019).

Se me hinchó el estómago y comencé con los dolores más fuertes. Entonces, como yo tengo a mi sobrino que tiene una camioneta, yo le llamé, le digo: “Ve, estoy mal”, era más o menos las cinco de la tarde, le digo: “¿Vos tienes algún médico que sea particular?”, le digo, “¿que sea gastroenterólogo?”. Me dice: “¡Sí!”. Justo me llevó a la Pío XII y justo ahí

atiende el doctor, y el doctor, viéndome en el estado que estaba, entonces me dio una orden y que me fuera al hospital (JF.2019).

Una vez resuelta la emergencia, es necesario establecer el diagnóstico clínico definitivo, que para el caso del cáncer implica realizarse una endoscopia digestiva alta acompañada de una biopsia, ya que es indispensable identificar la ubicación exacta, el tamaño y la extensión del tumor, para avanzar con la definición de la estrategia terapéutica. El paciente entonces es dado de alta del servicio de emergencia, con turnos para el servicio de oncología y los pedidos para realizarse los exámenes mencionados, y así transitar de un nivel de menor hacia uno de mayor complejidad en la atención médica.

A decir de los profesionales de salud entrevistados, la demanda en la Red Pública Integral de Salud supera a la oferta de servicios tanto en capacidad instalada como en personal sanitario, lo que resulta en listas de espera tanto para la atención por parte del personal médico, como para realizarse exámenes de laboratorio e imagen. Situación que no sucede en el segmento privado, en el que el diagnóstico se hace en tiempos más cortos.

Un paciente que ya tuvo un diagnóstico endoscópico con una biopsia tiene que llegar a un profesional, el cirujano general, el cirujano oncólogo o el oncólogo clínico, pero para que llegue a estos profesionales debe llegar ya con un estadio, y este estadio implica que se realice exámenes de tomografía, resonancia magnética, otra endoscopia, algún análisis genético y eso implica entre tres y cuatro meses más. Entonces a la final o a la postre un paciente con un cáncer gástrico operable, por así decirlo, cuando ya llega a manos del cirujano designado es probable que ya no sea operable por el tiempo de evolución que ha pasado hasta completar el estadiaje (FS.Med).

Desde la atención primaria hasta que llegue a un hospital de especialidad, para que sea diagnosticado propiamente este problema, se lleva su tiempo. Y acá, lógicamente, por más que queramos hacer las cosas rápido, este hospital dentro de cualquier forma sí amenora esos tiempos con lo que respecta a un hospital público, digamos, con el mismo Seguro Social, pero lamentablemente nos encontramos con un diagnóstico ya no temprano, sino ya más tardío (CC.Enf).

Casi un año pasé para yo llegar a la endoscopia, por esto que le digo de los tiempos de tres hasta seis meses, a veces para los exámenes sí pase unos seis meses. El 13 de diciembre le digo que nos dieron los resultados, desde el 13 de diciembre yo culminé operándome el 21 de febrero (EF.2019).

Los pacientes y los profesionales de la salud coinciden en las diferencias en tiempos de atención que tienen los pacientes, disparidad que depende del segmento del sistema de salud al cual tienen acceso. Esta situación se convierte en una inequidad social porque el acceso está determinado por la capacidad de pago de las personas.

La norma nacional establece las siguientes acciones para garantizar un diagnóstico oportuno de cáncer (MSP, 2017):

- Garantizar el acceso al diagnóstico histopatológico y estadiaje con una espera no mayor de cuarenta y cinco días.
- Referir a los pacientes con tamizaje positivo al nivel de salud y complejidad establecido en la normativa nacional para realizar el diagnóstico y plan de tratamiento definido en las guías de práctica clínica y protocolos del MSP.
- Promover la identificación de lesiones cancerosas en estadios clínicos tempranos con la mejor tecnología sanitaria disponible, con el fin de aumentar la curación y sobrevida.
- Fortalecer al segundo y tercer nivel de salud para garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes identificados por el tamizaje.
- Fomentar un trabajo interinstitucional que permita garantizar el acceso de la población con tamizaje positivo a un diagnóstico precoz para poder iniciar el tratamiento temprano de la enfermedad.

Sin embargo, en la práctica, tener un diagnóstico oportuno de cáncer gástrico en la Red Pública Integral de Salud requiere de algunos pasos y requisitos que no necesariamente son de conocimiento general en la población. Si bien el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que tiene el Ecuador, desde 2012, establece los procedimientos para acceder al sistema de salud, no ha sido socializado de manera suficiente en la sociedad, por lo que retrasa los tiempos de diagnóstico de los pacientes con cáncer.

Me dijeron que acuda acá, a un centro de salud de aquí de Quito, porque yo no podía ingresar así directo al Eugenio Espejo. Entonces tuve que venir y hacer las gestiones en un centro de salud de aquí de Quito, incluso tuve que mentir diciendo que vivía aquí, porque no me querían atender en el centro de salud, igual, porque me dijeron que no, que yo soy de Ambato y que de Ambato tengo que pedir la referencia. Entonces le digo: “Es que no, es que, señorita, no me quieren dar porque el hospital regional no me atendió, sino un hospital que es económico y es del municipio”. Entonces me dijo que no, que tengo que acudir primero al centro de salud de Ambato y le digo que ya me he hecho atender, pues, y ahí no me dan ninguna explicación, no me dan apoyo ni para el hospital de Ambato y peor para el hospital para con una transferencia. Entonces se hizo un lío y que tuve que mentir que vivo aquí en Quito, me demoré aquí en el hospital (VO.2019).

Difícilmente entonces se puede hablar de una atención integral, en el marco de una coordinación interinstitucional, que permita garantizar el acceso de la población a un

diagnóstico precoz para poder iniciar el tratamiento temprano de la enfermedad. El problema radica en que cada segmento del sistema nacional de salud tiene estructuras de gestión diferentes, que en definitiva resultan en retrasos en el diagnóstico, en el inicio del tratamiento y, como ya se ha mencionado, estos se asocian con la enfermedad en etapa avanzada y contribuyen a las altas tasas de mortalidad (Goss, 2013). Es bien sabido que, si el cáncer gástrico se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea eficaz, la probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato (Varon, 2020).

La mayoría de las veces echan la culpa al sector, al proceso, a la red pública, a la red sanitaria, porque dicen, miren, que a mí me diagnosticaron, o la primera biopsia fue hace tres, cuatro meses, y recién ahorita me envían acá y hacemos todos los exámenes, me estadificaron y ya en ese tiempo estaba en un estadio, yo qué sé, 1 o 2, ahorita ya estoy metastásico, estoy en un estadio 3, 4. Entonces para ellos esto es frustrante, porque ellos vieron avanzar su enfermedad sin poder hacer nada (CC.Enf).

Pero, además, en el momento en que se les asigna los turnos para su realización, estos, por lo general, tienen fechas posteriores dada la cantidad de pacientes que maneja este tipo de establecimientos, por lo general porque los equipos se encuentran en mantenimiento, con lo cual se retrasa aún más el tratamiento oportuno. Esta situación obliga a los pacientes a acudir a prestadores privados para que los exámenes se realicen en corto tiempo, incrementando el gasto de bolsillo de estos pacientes.

El primer turno como [en] cuatro meses fue, sí era bastante alejada, digamos, ¿no?, que nos tocó tomar esa decisión de hacerle en un hospital privado (AM.2019).

Le digo: “Doctora, ayúdeme con un turno”. Me mandó al Coca, habló con las trabajadoras sociales, ellas me consiguieron un turno aquí, me enviaron para acá, vine, traje todos esos exámenes, la doctora Moreno ella me dijo: “Tienes que hacerte otra tomografía, otras biopsias”, me dice. Me mandó para que cogiera las cita y todo, y de ahí me mandó a hacerme una tomografía aquí mismo, pero no, estaba dañado, entonces como en el Coca había me la hice en el Coca (JC.2019).

Como se indicó con anterioridad, el cáncer es una enfermedad incapacitante, convirtiéndolo al paciente en un dependiente de su familia. Esto, más el gasto de bolsillo que los inconvenientes detectados ocasionan, vulnera la situación económica de las familias, ya que los pacientes generalmente se ven obligados a dejar de trabajar. Por otro lado, de acuerdo con la información del Registro Nacional de Tumores, de todos los casos diagnosticados en la ciudad de Quito, el 47% corresponde a personas que residen fuera

de la ciudad capital, lo que implica un esfuerzo adicional de estos pacientes por movilizarse y acceder a la atención oncológica.

Tengo mi hijo y él es el que me respalda, el que me anda apoyando para curarme. Yo no tengo trabajo, porque él tiene, así, una pequeña finca y tiene ganadito, él cuida ese ganadito. Con ese ganadito que vende él yo estoy aquí, así, [con] recursos de mi hijo (LM.2019).

Lo que quería es morirme, porque en darle a la familia estos dolores, los hijos que están igual, el un hijo que quiere colaborar para los pasajes, el otro que no quiere, el un hijo que tiene tiempo, el otro que no tiene tiempo. Entonces es un poquito duro, entonces se hizo cargo una hijita mía, me dijo: "Yo voy a luchar, vamos a ver hasta lo último". Ella está ahí, al pie, y lo que ahora que estoy ha habido gente aparte, humanitaria, que ha venido, me han regalado cualquier cosita. Entonces en eso he podido seguir saliendo, viniendo y mi hijita también (VO.2019).

En la comida tengo que estar viendo dónde me brindan, dónde me den de comer, tengo que seguir atrás por mi hija. Una vecina me llama: "Venga a comer", y me voy, y la otra vecina [pregunta]: "¿Ya le dio de comer a la guagua?", entonces eso pasa. Así tocó la vida más dura, no tener en qué trabajar (MC.2019).

Como me ha afectado, me siento inútil, me siento... no sé cómo explicar... Tanta cosa que yo sabía hacer en la casa, les servía a mis hijos con mucho amor y ahora no poder hacerlo. Digamos, yo sé que ya son adultos, pero ellos también necesitan de mí, me siento impotente no poder hacer nada, muy mal, me siento mal (CP.2019).

El contexto social y la estratificación *per se* conducen a una distribución no equitativa de las consecuencias sociales del cáncer, como por ejemplo la generación de mayores gastos e incluso deudas. Una persona en posición socioeconómica alta tendría una capacidad de respuesta mejor que una de posición baja. Esto provoca no solo consecuencias diferenciales en las familias sino en el país entero, ya que este tipo de repercusiones sociales provocan el empobrecimiento de los individuos, reforzando la estratificación social y cerrando el círculo de reproducción de inequidad social.

3.2.5. Tratamiento

Desde el punto de vista clínico, el tratamiento del cáncer gástrico está determinado por el estadio del tumor al momento del diagnóstico. Para estandarizar el manejo adecuado de pacientes, por lo general el personal médico utiliza algoritmos contemplados en las guías de práctica clínica. Estos documentos son indispensables para armonizar los tratamientos en los sistemas de salud. Sin embargo, en Ecuador no se dispone de este documento específico para el cáncer gástrico, pese a ser uno de los cánceres más frecuentes. Los profesionales de salud entrevistados coinciden en que, ante la falta de un lineamiento propio, se utilizan protocolos internacionales, como la Guía de práctica clínica para el

diagnóstico, tratamiento y seguimiento en cáncer gástrico de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés), o la Guía para el Cáncer de Estómago de la Red Nacional Integral del Cáncer de Estados Unidos (NCCN por sus siglas en inglés).

Las guías plantean la planificación de un tratamiento multidisciplinario, con el que al menos se cuente con cirujanos, oncólogos médicos, gastroenterólogos, radiólogos y patólogos, con dietistas y enfermeros especialistas. Proponen un algoritmo para el tratamiento del cáncer gástrico en estadio temprano, localizado, y otro diferente para el tratamiento del cáncer gástrico avanzado y metastásico.

Las guías son guías internacionales. Nosotros nos acogemos a lo que dice la NCCN y la guía europea ESMO en la parte privada. En la pública y en la seguridad social se hace con alguna u otra diferencia, pero se hace de similar manera y se respetan los protocolos de manejo, de prevención, estadificación, tratamiento y cuidados post tratamientos (KE.Med).

En términos generales, tres tipos de tratamiento se le ofrece a un paciente con cáncer gástrico, que dependerá del estadio del cáncer y la condición clínica del paciente: cirugía, quimioterapia y cuidados paliativos. Al ser intervenciones complejas, deben tener un seguimiento por parte del equipo médico para que el tratamiento sea efectivo. Los profesionales de salud entrevistados mencionan que en esta etapa de la enfermedad es en la que más se podrían apreciar las inequidades sociales por ser los tratamientos muy costosos; además, porque recibir tratamiento se vuelve una carrera contra el tiempo, ya que el cáncer gástrico es muy agresivo y tiene un pronóstico malo en la mayoría de los pacientes.

Un paciente con un estrato sociocultural y económico alto puede tramitarse, puede adquirir, puede acceder a un sistema privado de salud o realizarlo de manera particular y no necesariamente, como la guía dice, esta patología sea resuelta en un mes sino con sus medios económicos sea resuelta en quince días, siete días, de acuerdo al poder adquisitivo, ya que la patología gástrica tiene un costo muy elevado e indudablemente los pacientes con un estrato sociocultural y económico bajo, pues, deben esperar a que haya el recurso que el Estado les provea (FS.Med)

Los medicamentos son costosos, uno; la disponibilidad de medicamentos no existe en estos otros hospitales que son públicos en comparación a los que son privados. Nosotros [privado] tenemos todas las moléculas, si bien es cierto que en algún momento escaseamos, pero casi nunca nos quedamos vacíos al 100% (KE.Med)

Si yo a lo mejor me manejo un buen seguro, ¿sí?, mi seguro se hace presente, a lo mejor yo no espero mucho tiempo, sino que es mucho más rápido. Pero si depende de la red, igual nos encontramos con esos obstáculos tan grandes, ¿no?, de que me den permiso para esto, de que el convenio, hablamos del tratamiento, ¿no es cierto?, esté todo legalmente avalizado y todo esto y los días pasan y pasan. Pero si yo, por ejemplo, tengo

un seguro y el seguro, usted sabe que, en menos de 24, 48 horas ya está listo para que reciba su tratamiento, entonces yo sí creo que ahí sí influye la parte económica para recibir tratamiento (LA.Enf).

Un anticuerpo monoclonal, que son tan costosos, hasta el día de hoy siguen siendo costosos y que no todos los cubren, no todos están dentro del cuadro básico. Pero este medicamento, desde la entrada, o sea, el médico coge y se los propone, pero es el paciente quien decide, o sea, yo sí recibo esto, doctorcito, porque esto es lo que yo me puedo financiar, no tengo más, no tengo para estar pagando 1500 dólares mensuales o cada veintiún días (CC.Enf).

Al ser una enfermedad crónica que requiere de tratamiento continuo, multidisciplinario, y además un seguimiento para garantizar la adherencia a la terapia, muchas situaciones se presentan en la cotidianidad, que tienen que ver con la asignación de turnos para recibir las quimioterapias, para exámenes de control, efectos adversos del tratamiento, abandonos del tratamiento y recaídas. Los familiares de los pacientes de la Red Pública Integral de Salud manifiestan inconvenientes para recibir el tratamiento que son de tipo administrativo, que ocasionan retrasos y la posibilidad de que el tratamiento administrado no sea efectivo.

Nosotros estuvimos ya en la radioterapia número veintidós. Es una diaria, tenían que hacerle veintiocho sesiones de radioterapia, entonces estábamos en la veintiuno y *pac*, se dañó el equipo ese. Tienen dos equipos, se dañó el uno, reprogramaron y nos hicieron esperar casi un mes, reprogramaron, le hacen una más y *pac*, se daña el segundo equipo. Entonces pasó mi papá un mes y medio esperando para hacerse las cuatro quimioterapias o cinco sesiones (LT.2019)

Mi papa es un paciente oncológico que tiene problemas de audición, tiene problemas de comunicación por su edad, entonces él no sabe explicar bien sus dolencias, entonces los médicos deberían asignarle un médico, debería ser un oncólogo que le revise periódicamente cada vez que se necesita, pero no dependiendo, o sea, le ponen, dependiendo del día que quieran darle la cita le ponen con el oncólogo que esté disponible, digamos. Entonces en el trasladar de un médico a otro es como empezar de nuevo (AM.2019).

Ahora que vine para coger el turno para esta endoscopia sí no me gustó, porque la cita la tenía para las 11:20, lo cual estuve desde las 10 de la mañana, se hicieron las 11, las 12, la 1, las 2 de la tarde y moría de hambre, lo cual cuando bajé a almorzar y subí vuelta ya se me había pasado el turno. El guardia me dijo: "No lo van a atender porque ya se le pasó el turno" o que espere al último (JC.2019).

Esta respuesta del sistema de salud frente al tratamiento de un paciente diagnosticado pone en riesgo la efectividad del procedimiento, redundando en inequidades sociales. A esta gestión de los recursos se suma el hecho de que en la red pública, por lo general,

existe insuficiencia en los insumos médicos, lo que ocasiona incumplimientos en los esquemas de tratamiento. A continuación, se presentan algunos relatos:

Indudablemente en oncología los tiempos se deben respetar, como dicen las guías en práctica y que pase 1, 2, 3, 4, 5 días, pues no tiene ninguna implicación. La implicación es cuando pasan meses o a la postre no se da y la enfermedad avanza. En hospitales especializados como este, pues, como le menciono, que pase un par de días no hay mayor diferencia, pero en hospitales públicos, donde el paciente se queda sin un ciclo de quimioterapia o ha pasado meses, nosotros tenemos evidencia [de] que eso disminuye la efectividad del tratamiento y la enfermedad avanza (FS.Med).

El médico, de acuerdo con el estadio en que se encuentra, él propone el tratamiento, pero lamentablemente no todos los medicamentos están dentro del cuadro básico, por lo tanto, no tengo cómo usted me pueda pagar eso, ¿no? Y por más que yo quisiera que me pongan, porque podría aumentar mi expectativa de vida, o inclusive ni siquiera la expectativa, sino la calidad de vida que yo voy a tener con respecto a mi otro compañero, yo no la puedo pagar. Entonces eso también tiene que ver muchísimo con la parte económica, el factor económico, de que hay muy pocas personas que se benefician de eso, porque lógicamente, vuelvo a decir, o tiene un seguro que sí le apoya para eso, o él de su bolsillo puede pagárselo (CC.Enf).

La gran demanda que hay de estos pacientes en los hospitales hace que ni siquiera en la fase de tratamiento se puedan cumplir estrictamente los esquemas. Y eso da un pronóstico y un manejo mucho más degradante, si comparamos los diferentes sectores, porque si uno está enfermo, por lo menos que se cumpla en los tiempos y en la forma en que se recomienda, le ha de dar algo de tranquilidad al paciente, el tiempo que le quede de vida, pero que uno sienta que están haciendo algo por él y que la calidad de vida que tenga sea sin sufrimiento y sin dolor (PC.Med).

La atención en un centro especializado en cáncer es, o tiende a ser, más integral en comparación con un centro no especializado. En Ecuador, solo la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, como ente privado sin fines de lucro, es un centro especializado en cáncer, al cual los pacientes pueden acceder después de un proceso administrativo de derivación. De acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, esta situación impacta en la respuesta del Estado a las necesidades de los pacientes, ya que el manejo de pacientes es diferente.

Lo óptimo en una atención oncológica sería un hospital de especialidad, pero en Ecuador este no cubre toda la demanda que tiene, ni tiene un acceso abierto para todos los sectores. Entonces se ha visto la necesidad de ir fortaleciendo ciertas especialidades en los hospitales, pero la visión tiene que ser otra, el cáncer tiene que ser visto como una enfermedad que debe ser abordada en un centro de especialidad. Eso es lo óptimo definitivamente. Yo creo que hay bastantes problemas en los manejos de los pacientes cuando no son abordados por los especialistas oncológicos, y eso también va a determinar un mal manejo, un deterioro, no vamos a alcanzar buenos niveles de sobrevivencia si es que no son abordados desde la especialidad oncológica (PC.Med).

En hospitales especializados en la parte oncológica obviamente el oncólogo clínico, el patólogo, el imaginólogo, el radioncólogo, el cirujano, están enfocados al mismo paciente en su patología oncológica, entonces los arsenales terapéuticos, de imagen, de patología están enfocados en el paciente oncológico. En los pacientes que tienen el Ministerio y la Seguridad Social deben compartir el arsenal de imagenología, una tomografía, una resonancia con pacientes que tienen enfermedades crónicas, materno-infantiles, traumatológicas, eso es lo que hace que el cupo para los pacientes oncológicos disminuya y extienda el período de tiempo en el cual se hacen los exámenes que no son oportunos la mayoría de las veces (KE.Med).

Esta situación corresponde a un problema estructural del sistema de salud. No contar con centros de referencia especializados en todos los segmentos de la población hace que el acceso a un manejo integral y multidisciplinario esté limitado para la población, lo cual redundará en la reproducción de inequidades sociales.

3.2.6. Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS, 2020).

En el año 2014 se publicó en Ecuador la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en Adultos, que aborda la comunicación con el paciente y su familia, el control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, atención a la familia, atención en la agonía, sedación y duelo (MSP, 2014). Ahí se establecen los lineamientos para el manejo de pacientes en esta etapa del *continuum* de la enfermedad. Además, en 2017 se publicó la Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de dolor Oncológico en Adultos (MSP, 2017).

Dentro de la política pública de control del cáncer, se establece que el Estado debe:

- Aplicar la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en los servicios del sistema nacional de salud.
- Incorporar e implementar las prestaciones de rehabilitación y cuidados paliativos en los diferentes niveles del sistema nacional de salud, según la tipología de establecimientos de salud.

- Garantizar el acceso de la población a los servicios de rehabilitación después del tratamiento de cáncer para su reincorporación exitosa a la vida cotidiana.
- Asegurar la disponibilidad y acceso a opioides y otros medicamentos esenciales para el manejo de cuidados paliativos.
- Manejo del dolor en modalidades ambulatorias y hospitalarias.
- Fomentar en la sociedad una cultura de conocimiento, actitud y práctica en cuidados paliativos.
- Garantizar el tratamiento adecuado de la enfermedad y de las secuelas físicas, psíquicas y sociales que estos conlleven.

Al respecto, los profesionales en salud son enfáticos en mencionar la necesidad de este apoyo en todo el proceso por el cual pasa el paciente y su familia, pero, lamentablemente, el desarrollo de los cuidados paliativos es incipiente en el país. En la red pública no existe un servicio de cuidados paliativos exclusivo para pacientes oncológicos, solo se encuentra en la red privada. Este tipo de respuesta por parte del Estado no solo ayudaría a las personas afectadas, sino también al personal de salud porque tiene implicaciones en el manejo integral de los pacientes.

Yo he tenido la oportunidad de ver la experiencia del antes y el después. ¡Cómo ha ayudado tanto, doctor! Y créamelo, desde mi punto de vista personal, no solamente cuidados paliativos ayudó al paciente y al familiar, sino que nos ayudó a nosotros, hablo desde el punto de vista de enfermera. Antes yo tenía muchos mitos, muchos miedos, muchos sustos, cuando no había cuidados paliativos y le manejábamos al paciente y la enfermera, teníamos que ser psicóloga, teníamos que ser enfermera propiamente, a veces nos poníamos hasta en planes de madres, de padres, para poder ayudar al paciente y también a sus familiares. Cuando ya entró a cuidados paliativos, nos ayudó bastantísimo, empezando por nosotros mismos a entender muchos mitos. Antes teníamos las escenas de que el paciente se moría, porque siempre se murieron, y teníamos unos pasillos de hospitalización, familiares que se botaban al piso, se nos desmayaban y todo, para nosotros era un miedo y un temor, vivíamos con ese susto, y hasta a veces nos tildaban que nosotros les matábamos y todo. Pero cuando se estableció los cuidados paliativos, el poder con antelación, con tiempo, capacitar y preparar al familiar para la despedida, eso cambió totalmente la historia (LA.Enf).

Los cuidados paliativos cada vez, eso es una necesidad fundamental para el manejo del paciente con cáncer y de la familia, porque no es solamente el paciente que fallece, sino que es todo un grupo social que está afectado con esta enfermedad y, sin embargo, no se cumple en forma adecuada. Cuidados paliativos, en su alcance inicial, no tiene el suficiente soporte, falta muchísimo más por reforzar y en otras unidades prácticamente no existe (PC.Med).

Como se menciona en la definición de cuidados paliativos, y en la normativa ecuatoriana, en esta etapa se espera un acompañamiento a los pacientes y familiares en varias dimensiones del ser. El cuidado paliativo debe abordarse desde lo biológico, pero también desde lo psicológico y espiritual, de manera que la persona afectada sienta el soporte institucional y enfrente adecuadamente su enfermedad. Preparar al paciente desde el momento en que recibe el diagnóstico es fundamental para hacerle frente a la enfermedad.

Es un manejo integral con psicólogos, con psiquiatras, porque, obviamente, no es un problema solo para el paciente, es para toda la familia, que deben ayudar a sobrellevar a toda la familia. Entonces se debería tener, primero, lugares de acogida, porque muchos pacientes, la gran mayoría no son de Quito, vienen trajinando con varios gastos, sin buena alimentación, sin buen descanso, a esperar en un hospital. Entonces ellos deberían tener un sitio de acogida, como albergues, sitios de reuniones donde puedan tener consejería, psicoterapia con los psicólogos y tratamiento también con los psiquiatras; es decir, un manejo multidisciplinario (FS.Med)

El paciente de la red (pública) no puede pagarse algún tratamiento ya mucho más específico, avanzado, entonces tiene que acogerse al plan de tratamiento que es estándar, normalmente con citostáticos, que producen efectos secundarios, muchos efectos secundarios. Entonces el paciente se asusta o porque empieza a vomitar o porque un día le quito el hambre o porque empieza cualquier efecto secundario propio del tratamiento. Ellos no entienden que eso es propio del tratamiento, y más bien dicen que me está haciendo daño. Entonces, ¿a qué conlleva eso? A que dejen el tratamiento, a veces cogen y desaparecen, no vuelven más (LA.Enf).

Los cuidados paliativos resultan fundamentales para la salud integral de los pacientes con cáncer gástrico. Se ha demostrado el impacto de estos en la calidad de vida de los pacientes, al tiempo que mejora los resultados en la supervivencia global (Agarwal, 2017). De esta manera, los cuidados paliativos son un complemento importante en el manejo oncológico con efectos en el bienestar físico, mental y psicosocial de los pacientes. Se ha demostrado un beneficio clínico, ya que la práctica de los cuidados paliativos puede ayudar a aliviar la carga de los síntomas, mejorar la comprensión de la enfermedad y el pronóstico. De ahí que el manejo oncológico debe integrar habilidades de cuidados paliativos primarios en su práctica, en todas las etapas del *continuum*, para ayudar a los pacientes a comprender mejor sus enfermedades y a sobrellevarlas, una tarea que incluye, pero no se limita a las enfermedades catastróficas como el cáncer.

El discurso generalizado de los participantes de esta investigación hacia aceptar el trato que reciben en las instituciones públicas habla del deseo de sobrevivir que tienen los pacientes y que limita su capacidad de denuncia, para finalmente tolerar todo tipo de

obstáculos en el acceso a la salud. También se ve reforzado por la metáfora bélica que se le ha adjudicado al cáncer, por la cual se espera que el “guerrero” luche contra el cáncer y gane la batalla por sí solo. Es importante trabajar en la comunicación hacia la comunidad, y evitar este tipo de mensajes que refuerzan la responsabilidad individual por sobre la responsabilidad Estatal en el control del cáncer.

Capítulo 4: Discusión

En este apartado se discuten los hallazgos centrales de la investigación, y con esto se pretende evidenciar que la pregunta de investigación fue respondida, y los objetivos planteados fueron alcanzados. La discusión se aborda desde el modelo de análisis de las inequidades sociales en cáncer gástrico planteado en la metodología, enfatizando en las implicaciones para la salud pública, así como en las limitaciones y fortalezas de la investigación.

Se planteó que las personas en posiciones socioeconómicas bajas presentan mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico que las personas de otras posiciones socioeconómicas, y que, por lo tanto, el desarrollo de esta enfermedad se da de manera desigual, en correspondencia con las condiciones de vida de la población afectada. Existen personas que se enferman, padecen y mueren por cáncer gástrico en mayor proporción y en peores circunstancias que otras, situación que se convierte en un problema de salud pública toda vez que vulnera el derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin ningún tipo de distinción.

En respuesta a este problema complejo, se construyó un modelo de análisis inspirado en las propuestas de Naomar Almeida-Filho, que procura abordar las dinámicas que estructuran las sociedades humanas para comprender las condiciones de salud de una población, y rescatar la importancia del reconocimiento del sujeto. El modelo plantea que una distribución inequitativa de las condiciones de vida y de los recursos sociales en la sociedad terminará generando inequidades en los estados de salud y en los cuidados de salud respectivamente.

Con la finalidad de ampliar la comprensión de este problema multidimensional, fue necesario un diseño metodológico mixto, para recopilar y analizar datos tanto cuantitativos como cualitativos que en combinación proporcionan una mejor comprensión que cualquier enfoque por sí solo. Los abordajes cuantitativo y cualitativo permitieron potenciar el análisis

de las inequidades sociales asociadas al cáncer gástrico, aportando a una mayor comprensión de estas. Así, se muestra la importancia de la sinergia entre lo cualitativo y lo cuantitativo cuando se trata del estudio de inequidades sociales en enfermedades crónicas como es el cáncer, pero fijando el lente en quienes lo padecen. Ya que es ahí, cuando el centro de la investigación es el ser humano como individuo y como parte de la colectividad, que se pueden apreciar los impactos negativos de las inequidades sociales en la forma cómo estos enfrentan la enfermedad.

Para la evaluación de las inequidades en los estados de salud se utilizó al nivel educativo como *proxy* de la posición socioeconómica, que a su vez informa sobre las condiciones de vida de las personas; y los indicadores epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y supervivencia. En el caso de las inequidades en los cuidados de la salud se hizo uso de las experiencias y vivencias de los pacientes, sus familiares y el personal de salud involucrado en el manejo oncológico, de cada segmento del sistema de salud, al cual los pacientes acceden en función de la capacidad de pago. En ambos, estados de salud y cuidados de salud, se hizo uso del *continuum* del cáncer para analizar la forma cómo se plasman las inequidades sociales en los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en la ciudad de Quito. Con este breve resumen del planteamiento central de la tesis, se analiza a continuación los principales resultados desde el modelo de análisis de las inequidades sociales en cáncer gástrico planteado, y se reflexiona sobre su repercusión en la salud pública.

En cuanto a las inequidades identificadas en la promoción de la salud, primera etapa del *continuum* del cáncer que tiene que ver con las estrategias para mejorar la calidad de vida y evitar el desarrollo de enfermedades en personas sanas, se identificó diferencias en el acceso y empleo de la información que provee el Ministerio de Salud Pública sobre hábitos saludables. Los escenarios van desde el desconocimiento de las medidas para mantenerse sano y evitar el desarrollo de la enfermedad, hasta el hecho de conocer las medidas pero tener limitaciones para ponerlas en práctica.

Se había mencionado que el conocimiento y las habilidades son precondiciones para las acciones individuales, de hecho, son componentes clave para la capacidad de agencia. Por lo tanto, identificar que los recursos sociales se distribuyen de manera diferenciada en la sociedad, que limitan las acciones de los individuos, corresponde, en palabras de

Naomar Almeida-Filho, al fracaso de las políticas de promoción de salud (Almeida-Filho, 2020), toda vez que implica un reparto disímil de exposiciones y riesgos en las personas.

Ahora bien, no solo se debe propender a socializar la información que aporte al autocuidado, sino también, garantizar que las recomendaciones sobre hábitos saludables efectivamente se puedan poner en práctica. Garantizar que los individuos puedan poner en práctica los hábitos saludables implica necesariamente afectar la estructura social de inequidad, ya que las elecciones entre las alternativas disponibles para el autocuidado están determinadas por las diferentes condiciones de vida de las personas. De lo contrario, el solo hecho de difundir información, sin tomar en cuenta las inequidades sociales en cuanto al acceso y uso de la información, termina reproduciendo inequidades porque resulta en que ciertos grupos se beneficien más que otros.

Una situación similar se en la detección temprana del cáncer gástrico a partir del tamizaje, segunda etapa del *continuum* del cáncer que tiene que ver con la identificación del cáncer en ausencia de síntomas en una persona. Existe desconocimiento de los lineamientos para el tamizaje de este cáncer por parte de los pacientes, que al no estar enmarcados en un programa organizado de tamizaje nacional; se convierte en alternativas poco accesibles para la población. En ese sentido, detectar el cáncer en estadios tempranos es una opción a la que no todas las personas tienen acceso, ya que por un lado, se da en función del acceso a la información, y luego, del segmento del sistema de salud al cual pueden acceder.

Como se comentó anteriormente, el problema radica en el hecho de no contar con un programa de tamizaje organizado que pueda identificar a todos los individuos con riesgo de contraer cáncer gástrico a través de un sistema de llamadas y rellamadas. Al momento, existe un programa de tamizaje oportunista o espontáneo, que se ofrece únicamente a los sujetos que acuden voluntariamente a los servicios sanitarios, ya sea con el propósito de someterse a una prueba de tamizaje o por motivos de consulta distintos del tamizaje. De ahí que si las personas no requieren atención médica, no serán sometidos a una prueba de tamizaje, afectando a la equidad en la prestación de servicios.

El tamizaje tiene como objetivo identificar casos en estadios tempranos, para así reducir la prevalencia de la enfermedad acortando su duración, lo que conlleva a un aumento de

la calidad de vida de las personas afectadas por la misma. De lo contrario, el cáncer se diagnosticará en etapas avanzadas, reduciendo la calidad de vida de las personas e incrementando la mortalidad por este cáncer.

De acuerdo con la información publicada por el Registro Nacional de Tumores, menos del 15% de los casos de cáncer gástrico son diagnosticados en estadios tempranos en la ciudad de Quito (Cueva, 2019), escenario en el que existen opciones de tratamiento curativo. Más del 50% de los casos son diagnosticados en estadio IV, cuando las opciones terapéuticas son limitadas. En este contexto, es indispensable repensar las alternativas para el tamizaje del cáncer gástrico en Ecuador, que considere las inequidades aquí visibilizadas, para que efectivamente esté al alcance de toda la población.

Los datos también permitieron evidenciar que la incidencia por cáncer gástrico entre 1996 y 2015 aumentó de manera no significativa, tanto en hombres como en mujeres. Situación que no es compatible con lo que sucede a nivel mundial, ya que en general, se habla de una disminución histórica de las tasas de incidencia y mortalidad atribuida al efecto no planificado del mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias, incluida una disminución de la prevalencia de *Helicobacter pylori* y mejoras en la conservación y almacenamiento de los alimentos (Cueva, 2022). En Quito, sin embargo, la disminución significativa sucedió en la década de los ochenta, posterior a lo cual las tasas llegaron a un umbral desde el cual ya no descienden de manera significativa (Tarupi, 2019).

Al respecto, vale la pena mencionar que los indicadores epidemiológicos se incrementan cuando existe más riesgo de desarrollar o morir por la enfermedad, o porque existen mejoras en la calidad de información que recogen los registros de cáncer, o por cambios en las prácticas de detección y diagnóstico que se aplican transversalmente a toda la población. En el caso del cáncer gástrico en Quito, las tendencias observadas desde inicios del siglo XXI podrían deberse a una combinación de las tres situaciones. Por un lado, entre 1999 y 2000 el sistema financiero se vio afectado por el cierre de más de la mitad de los bancos del país, suspendiéndose las operaciones bancarias (Oleas-Montalvo, 2017). Se declaró, mediante decreto ejecutivo el Feriado Bancario para rescatar financieramente a algunas de estas entidades financieras, pasando la deuda privada al Estado ecuatoriano. Posterior a lo cual el país se dolarizó oficialmente, desatando la mayor ola de migración de la población ecuatoriana hacia países como España, Italia y Estados Unidos (Larrea,

2004). Esta situación implicó un alto costo social, en términos de aumento de la desigualdad y la persistencia de la pobreza y el desempleo a partir de entonces (Breilh, 2007).

Por otro lado, a inicios del siglo XXI cambiaron las prácticas de diagnóstico en la ciudad de Quito, porque en el año 2000 se repotenció el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, centro de referencia nacional, además, en el año 2001 inició la atención oncológica en el hospital de especialidades Eugenio Espejo, centro de referencia nacional del Ministerio de Salud Pública. Indudablemente esto propició un aumento en la detección de cáncer, al tiempo que se consolidaba el registro de cáncer de base poblacional que había empezado a operar en 1985.

En definitiva, estos elementos, y probablemente otros que requieren mayor exploración, como el aumento de casos de cáncer gástrico en adultos jóvenes reportado en Estados Unidos (Anderson, 2010) y Colombia (Correa, 2010); dan como resultado que la tendencia en la incidencia de este cáncer en Quito presente una desaceleración en la disminución, lo cual nos habla de un descuido en las políticas de promoción y prevención, cuyo fin último es reducir los indicadores de riesgo, como la tasa de incidencia.

En este contexto, de manera particular, se evidenció que los hombres tuvieron tasas de incidencia más altas que las mujeres durante todo el período de estudio, con una razón por sexo que pasó de 1,5:1 a 1,4:1. Este diferencial entre hombres y mujeres ha sido observado en todo el mundo. En general, los hombres tienen tasas de incidencia de cáncer gástrico entre 1,4 y 2,3 veces más altas que las mujeres (Ferlay, 2020). Algunos investigadores encuentran asociaciones estadísticas con el tabaquismo y sugieren que este ha contribuido en cierta medida a la variación en las tasas, pudiendo explicar, de forma parcial, la disparidad observada entre hombres y mujeres (Bonequi, 2013). Esto, debido a que el tabaquismo en el mundo es más prevalente entre los hombres que en las mujeres, (25% frente al 5,4%, respectivamente) y, se ha demostrado que fumar aumenta el riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

Otro elemento que determina la mayor proporción de casos entre hombres es la actitud de las personas hacia la atención de la salud. En el momento en que los hombres y las mujeres se enfrentan a la misma enfermedad, los primeros suelen acudir en menor medida

a los servicios de atención de la salud (OMS, 2019). Elsa Gómez, en su estudio sobre inequidades de género en el acceso a la atención de la salud en países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, anticipa que el diferencial de utilización de servicios está determinado por el tipo de necesidades de atención, patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, percepción de la enfermedad, conducta de búsqueda de atención y factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen de modo diferencial el acceso a los servicios de salud (Gómez, 2002). De ahí que concluye que el análisis del acceso a los servicios de atención requiere una comprensión profunda y situada de estos elementos en cada país, para avizorar estrategias de intervención.

El análisis del diagnóstico, como tercera etapa del *continuum* del cáncer, permitió identificar otro tipo de inequidades sociales. En este aspecto, para todo el periodo de análisis se identificó que mientras las personas con niveles educativos bajos presentaban tasas de incidencia de 24,3 casos en hombres y 17,0 casos en mujeres, las personas con niveles educativos altos presentaban 14,5 y 7,2 casos respectivamente. Es decir, el riesgo de desarrollar cáncer en la ciudad de Quito es diferente de acuerdo con el nivel educativo, pudiendo incrementarse al doble en hombres y mujeres con niveles educativos bajos.

De hecho, los índices relativos de desigualdad para todo el periodo de estudio permitieron establecer que las mujeres en el nivel educativo hipotéticamente más bajo tienen 2,1 veces más riesgo de desarrollar cáncer gástrico que las mujeres con niveles educativos superiores. En el caso de los hombres, el cociente es de 1,7 veces más riesgo de desarrollar cáncer gástrico que los hombres con niveles educativos superiores. En términos generales, de acuerdo con los índices relativos, las inequidades son más fuertes entre las mujeres, de manera consistente en todos los períodos de estudio.

Al comparar estos índices por los distintos subperíodos de tiempo, se encontró un aumento significativo en la magnitud de las inequidades en el subperíodo 2006-2010 en hombres y mujeres. En este periodo de tiempo se encontraron las brechas de inequidad más amplias por nivel educativo. Como se había comentado anteriormente, la primera década del siglo XXI, estuvo marcada por el aumento de establecimientos oncológicos en todos los segmentos del sistema de salud, sin embargo, la crisis económica y política en la que se sumió el país también fue de proporciones importantes, afectando principalmente a las personas de posiciones socioeconómicas bajas y medias.

Esta información es consistente con los resultados de un metaanálisis de 26 estudios, publicados desde 1966 hasta febrero de 2013, que evaluaron el cáncer gástrico y el nivel educativo a partir del índice relativo de desigualdad. Se encontró que el riesgo de desarrollar cáncer es mayor entre las personas con niveles educativos bajos que aquellos con niveles educativos altos (IRD = 2,97; IC 95% 1,923 a 4,58) (Uthman, 2013). Coincide también, tanto en la magnitud como en la dirección del riesgo incrementado por nivel educativo, con lo reportado hace poco en Colombia, que presenta para el período 1998-2007 un índice relativo de desigualdad de 3,2 en mujeres (IC al 95%: 2,48 a 4,17) y de 2,1 en hombres (IC al 95%: 1,48 a 2,83) (de Vries, 2015). Otro estudio realizado en la India también encontró un riesgo incrementado en personas con niveles educativos inferiores comparado con aquellos con niveles educativos superiores, de manera más acentuada en mujeres que en hombres (Dikshit, 2012).

Ahora bien, con el análisis de la tendencia de las tasas de incidencia por nivel educativo se pudo identificar que el incremento observado en la tendencia global, no se reflejó por igual en todos los niveles educativos. De hecho, únicamente el nivel educativo medio entre los hombres, y el nivel primario entre las mujeres reflejó ese incremento de manera significativa, los demás niveles presentaron aumentos no significativos. Es decir, para hacer referencia a la jerarquización que se utilizó como premisa en esta investigación, son las personas menos educadas de la población las que presentan más riesgo de desarrollar cáncer, situación que se ha venido incrementando.

De acuerdo con las experiencias y vivencias de los pacientes que acceden a los servicios de atención oncológica, es el tipo de segmento al cual tienen acceso el que determina la calidad de atención que reciben. En el segmento público se presentan limitaciones en infraestructura, personal y en procesos administrativos para obtener una atención integral, lo que resulta en menor tiempo de supervivencia y mayor tasa de mortalidad. En definitiva, las personas con niveles educativos bajos tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico, y aquellas que acceden a los servicios oncológicos públicos tienen mayores limitaciones para una atención integral.

En cuanto al diagnóstico, también se buscó establecer relación con el lugar de residencia de los pacientes, sin embargo, la información no permitió establecer ningún tipo de relación con el riesgo de desarrollar cáncer gástrico, que probablemente tenga que ver con el nivel

de desagregación al que se tuvo acceso. De acuerdo con Fernando Carrión, reconocido arquitecto y experto en desarrollo de ciudades, Quito se caracteriza por una segregación social que se configuró durante el siglo pasado por la cual coexisten sectores de altos ingresos con sectores de bajos ingresos en proximidad espacial (Carrión, 2017). Por lo que probablemente si exista una determinación territorial en el desarrollo del cáncer gástrico que será susceptible de identificarla si el nivel de análisis se lleva hasta al nivel barrial y no al parroquial como en este trabajo. De todas maneras, la investigación permitió identificar parroquias en donde las personas tienen un riesgo aumentado de desarrollar y morir por cáncer gástrico, luego de haber reducido el sesgo que pudiera tener la estructura poblacional. Esta información permitirá, en futuros trabajos, explorar a profundidad las razones por las que parroquias del centro histórico de Quito presentan tasas superiores al promedio de la ciudad.

Una posible explicación tendría que ver con el hecho de que los pacientes reportan como lugar de residencia al sector en donde se alojan de manera temporal o en el que viven sus familiares para así garantizar la atención en salud. De acuerdo con la información histórica del RNT, el 50% de la población diagnosticada de cáncer en Quito reside en dicha ciudad, el resto viene de otras localidades (Cueva, 2019). Es decir, es muy probable que los pacientes que no residen en Quito prefieren ocultar su residencia habitual, de lo contrario, corren el riesgo de no recibir atención médica. Esta situación se complementa con lo comentado por los entrevistados, quienes para recibir atención y evitar demoras, tuvieron que mentir sobre su lugar de residencia.

El tratamiento del cáncer gástrico, otra de las etapas del *continuum* del cáncer, requiere de un manejo multidisciplinario, que no siempre esta disponible para todos los pacientes diagnosticados en Quito. En términos generales, tres tipos de tratamiento se le ofrece a un paciente con cáncer gástrico, que dependerá del estadio del cáncer y la condición clínica del paciente: cirugía, quimioterapia y cuidados paliativos. Sin embargo, esto dependerá también del segmento de salud al cual tengan acceso, ya que no todos están en la capacidad de prestar los servicios. Las limitaciones van desde la oportunidad en términos de tiempo para recibir tratamiento, hasta el acceso a los medicamentos que al ser de alto costo no siempre están disponibles, con implicaciones para la calidad de vida de los pacientes.

Al ser una enfermedad crónica que requiere de tratamiento especializado, continuo, multidisciplinario, y además un monitoreo sistemático de efectos adversos que permita garantizar la adherencia a la terapia, el cáncer debe ser manejado en un centro especializado. En Ecuador, los servicios de oncología en los hospitales públicos del Ministerio de Salud Pública son relativamente reciente, por lo que la demanda de sus pacientes suele cubrirse en gran parte con los convenios suscritos con la red privada complementaria, principalmente los Núcleos de SOLCA del país.

El contexto de la atención oncológica en el país es importante para analizar los cuidados paliativos, otra de las etapas del *continuum* del cáncer, que también constituye un espacio de producción y reproducción de inequidades sociales. Si bien existe la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en Adultos, que trata específicamente sobre la comunicación con el paciente y su familia, el control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, atención a la familia, atención en la agonía, sedación y duelo (MSP, 2014), el servicio no se encuentra en todos los servicios oncológicos de la red pública, sino únicamente en la red privada.

Se ha demostrado el impacto del cuidado paliativo en la calidad de vida de los pacientes, y de sus familias, que resulta en aumento de la supervivencia, pero sobre todo en la oportunidad que tienen las personas para el buen morir. Este aspecto requiere de toda la atención del sistema nacional de salud, porque su implementación impactará en la calidad de vida de las personas diagnosticadas con cáncer gástrico. Además, vale la pena mencionar que el hecho de ayudar a los pacientes a comprender mejor sus enfermedades y a sobrellevarlas, es una tarea que incluye, pero no se limita a las enfermedades catastróficas como el cáncer, de ahí que los cuidados paliativos en Ecuador es una de las tareas pendientes.

La supervivencia a 5 años es un indicador que indirectamente permite evaluar los problemas físicos, psicosociales y económicos del cáncer, desde el diagnóstico hasta el final de la vida. No solo se centra en el diagnóstico y tratamiento, sino también incluye asuntos relacionados con la capacidad de obtener asistencia médica, seguimiento, calidad de la atención, manejo de efectos adversos, salud mental y calidad de vida. En países como Japón o Corea del Sur este indicador supera el 60%, y se encuentra entre 30 y 40% en dieciséis países de América del Norte, Europa, Asia y Australia, mientras que el

estimado para Ecuador fue de 19,1% (Intervalos de confianza al 95%: 13,1 - 25,1) durante el período 2010 a 2014, ubicándolo entre los países con indicadores más bajos a escala mundial (Allemani, 2017).

En Quito, este indicador alcanza el 18%, que corrobora lo mencionado anteriormente en cuanto a las limitaciones del manejo integral del cáncer en la ciudad. Preocupa también que exista una brecha de inequidad en la supervivencia a 5 años, en la que el 34% de las personas con niveles educativos altos se encuentran vivas 5 años después del diagnóstico, mientras que entre las personas con niveles educativos bajos solo el 14%. Son precisamente las diferencias en la promoción, en el tamizaje, en la oportunidad en el diagnóstico y el manejo integral, las que determinan el tiempo de supervivencia de los pacientes una vez son diagnosticados. De ahí que se haya identificado más muertes en los grupos en posiciones socioeconómicas bajas.

Al respecto, como última etapa del *continuum* del cáncer, las muertes por cáncer gástrico en Quito son más frecuentes en hombres que en mujeres, y al interior de estos grupos, son más importantes en magnitud entre las personas con niveles educativos bajos que entre las personas con niveles educativos altos. Mientras que la tasa estandarizada por edad entre los hombres y mujeres con niveles educativos altos es de 9,1 y 4,9 casos por 100000 respectivamente, entre los hombres y mujeres con niveles educativos bajos la cifra es de más del doble (17,5 y 13,2 casos por 100000 respectivamente).

Los índices de desigualdad relativa y absoluta permitieron determinar que las mujeres con niveles educativos bajos tienen 2,4 veces más riesgo de morir por cáncer gástrico que las mujeres con niveles educativos superiores (IC 95%: 2,3; 2,6). En el caso de los hombres, aquellos con niveles educativos inferiores tienen 2,1 veces más riesgo de morir por cáncer gástrico que los hombres con niveles educativos superiores (IC 95%: 1,8; 2,2). Las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer se mantienen a lo largo del tiempo, evidenciando que las personas en posiciones socioeconómicas bajas están rezagadas en el control del cáncer gástrico. Situación que demuestran la vulneración al derecho a la salud y a una vida digna que todo ser humano tiene desde el momento en el que nace, ya que un grupo de pacientes se encuentra rezagado en el control del cáncer gástrico, y por lo tanto, en desventaja para alcanzar el grado máximo de salud posible en la sociedad.

Aunque las tasas de incidencia son mayores en los hombres que en las mujeres, se evidencia que las mujeres enfrentan una mayor inequidad que los hombres. La vida de las mujeres en sociedades inequitativas se construye sobre un proceso de distribución desigual de poder, no solo del que controla la propiedad y el uso de la riqueza material, sino del poder necesario para definir y expandir la identidad, los proyectos y los sueños, reflejando, como en el logro educativo, las diferencias en las capacidades (Breilh, 1999). La inequidad de género y la de clase social tienen una relación histórica como procesos en los que las formas de acumulación de poder corresponden a una misma esencia, una apropiación intrínsecamente injusta de los medios (Segato, 2016; Balakrishnan, 2017).

Con relación al modelo de análisis planteado, la distribución inequitativa en las condiciones de vida, en este trabajo analizadas a partir del nivel educativo, se traduce en diferenciales en tres etapas del *continuum* del cáncer, que a su vez se expresan en indicadores epidemiológicos como la incidencia, mortalidad y supervivencia. Se dice de la educación que, como tal, puede captar tanto las circunstancias de la posición socioeconómica de origen familiar como la de tipo personal, ya que suele tener un efecto significativo sobre la ocupación y los ingresos (Shaw, 2007). Así, esta define en gran medida las oportunidades de gozar de buena salud bajo la articulación de ejes que moldean jerarquías: clase social, género y etnia (Costa, 2019). Estos ejes determinan cómo las personas en posiciones altas acceden a mejores condiciones de vida, utilizando más recursos y servicios en comparación con los menos aventajados (Galobardes, 2006). Además, se ha observado que las personas con bajo nivel educativo tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de apoyo social y tener menos control sobre sus vidas (Mackenbach, 2008).

En ese sentido, las inequidades educativas en las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer gástrico reflejan diferencias en los recursos (Mackenbach, 2014; Vanthomme, 2017). La educación implica la disponibilidad de recursos de conocimiento que pueden utilizarse para maximizar la salud. Estos recursos, a su vez, influyen en una variedad de capacidades, como los medios financieros; empleo estable; alfabetización en salud; factores psicosociales como la autoestima y el sentido de coherencia; ser receptivo a los mensajes de prevención; ser capaz de cambiar los comportamientos de salud; y hacer un uso adecuado de los servicios de atención de la salud (Jemal, 2008, Marcus, 2006, Menvielle, 2010).

Al respecto, es necesario considerar que la gran mayoría de los conocimientos, habilidades y procedimientos de comportamiento disponibles para el hombre no son el resultado de su propia experiencia, sino el que se adquieren a través de la asimilación de la experiencia histórico-social de generaciones (Luria, 1979). Cuando decimos que tenemos la capacidad de transformar nuestra realidad, con acciones orientadas a cambiar un orden dado de las cosas, estamos hablando de la capacidad de agencia, por la cual los seres humanos constantemente definimos estrategias y tomamos decisiones para deliberadamente transformar un estado dado de cosas. Somos, por lo tanto, seres reflexivos con capacidad de transformar nuestro entorno.

En lo que concierne a este trabajo de investigación, el análisis de la agencia, entendida como las acciones sociales humanas que involucran elecciones entre las alternativas disponibles por las características habilitadoras de la estructura social, y que es posible gracias a una base sólida en las restricciones estructurales; permite comprender la producción y reproducción de inequidades sociales en el *continuum* del cáncer. Si bien existen elementos comunes en el desarrollo del cáncer gástrico que son de orden biológico, existe toda una diversidad de posibilidades para hacer frente a esta enfermedad. Diversidad de posibilidades que no están disponibles para todos, como se pudo visibilizar con las experiencias y vivencias de los pacientes con cáncer gástrico al interior del sistema de salud ecuatoriano.

Las personas que acceden a los servicios oncológicos a través del segmento público del sistema de salud tienen más limitaciones para recibir un manejo integral de su enfermedad que las personas que reciben atención en el segmento privado, lo que se traduce en menor calidad de vida y mayor riesgo de morir. La inequidad social afecta a todas las etapas del *continuum* del cáncer gástrico, desde la promoción hasta la atención al final de la vida. En consecuencia, el hecho de desarrollar, padecer y morir por cáncer gástrico está determinado por las condiciones de vida de las personas afectadas, y las diferentes formas de enfrentarlo se configuran en función del acceso a la salud que tengan, que está determinado por los recursos sociales a los cuales acceden. En definitiva, la estratificación por sí misma conduce a una distribución no equitativa de las consecuencias sociales del cáncer, con claras repercusiones negativas para los pacientes y sus familias.

De ahí que mejorar las condiciones de vida, así como democratizar los recursos sociales, son derroteros que permitirán ampliar las opciones con las que cuentan las personas para decidir sobre la vida que deciden vivir. Como lo afirma Thomas Abel, es preciso mejorar las probabilidades de una buena salud en individuos de clases más bajas al proporcionar más opciones para aquellos que antes no las tenían (Abel, 2012). Desde la salud pública, ampliar las opciones constituye una acción sólida para reducir las inequidades sociales existentes.

Es importante mencionar la fortaleza de la metodología cualitativa, en el sentido de mirar otra esfera de la problemática. A lo largo de los resultados cualitativos se incluyeron fragmentos de los relatos de las personas entrevistadas, como parte del reconocimiento como agentes en la construcción de conocimiento. La tesis abrió un espacio para escucharlos, sobre todo en un sistema donde parte de la inequidad es que son excluidos incluso para expresar lo que viven a diario en el sistema de salud ecuatoriano.

Una de las fortalezas de esta investigación es el uso de la información histórica que recoge el Registro Nacional de Tumores, un registro de cáncer de base poblacional considerado de alta calidad en el mundo (Piñeros, 2017). Además, a diferencia de todos los estudios publicados que reportan tasas de mortalidad para analizar las inequidades sociales en cáncer gástrico (Vaccarella, 2019), en este trabajo se presentan tasas de incidencia, un indicador epidemiológico fundamental en la vigilancia del cáncer a nivel mundial, porque permite estimar con mayor precisión el riesgo de desarrollar cáncer en una población.

Entre las limitaciones de esta investigación, es preciso comentar que en la fase cuantitativa solo fue posible utilizar el nivel educativo y el lugar de residencia de los pacientes como variables *proxy* de la posición socioeconómica. Información sobre el ingreso, ocupación, etnia no estuvo disponible en el registro de cáncer de Quito, entre otras cosas, porque el dato registrado es el que consta en los reportes histopatológicos y en las historias clínicas, que generalmente no son diligenciados por los profesionales de la salud. Pero más allá de eso, también porque es necesario que desde el Estado se garantice desde el principio de que el indicador sea factible de recolectar en entornos de rutina para prácticamente todos los casos dentro del sistema de salud, y eso no es lo que actualmente sucede en Ecuador. En la práctica, esto significa que la información debe estar disponible de forma rutinaria en los registros médicos o a través de enlaces cruzados con otras bases de datos del país.

Además, la variable debe poder estratificarse por año de diagnóstico, grupo de edad y sexo, de manera alineada a los estratos disponibles en los censos poblacionales (de Vries, 2019). Al momento esto solo se da con la variable de nivel educativo.

En la fase cualitativa, se tuvo limitaciones al momento de identificar, seleccionar y ejecutar las entrevistas semiestructuradas. En primer lugar, por la normativa de investigación en el país que retrasó los tiempos para ejecutar el trabajo de campo, en segundo lugar, por el hecho de que los participantes eran pacientes, de la tercera edad, y que en su mayoría estaban en estados avanzados del cáncer con algunas limitaciones físicas. En general, las entrevistas se realizaron con cierto nivel de dificultad.

Capítulo 5: Conclusiones

Los análisis presentados en esta tesis sugieren que tanto la distribución inequitativa de recursos sociales, como la distribución inequitativa de las condiciones de vida en la ciudad de Quito, reproducen inequidades en los estados y cuidados de salud referentes al cáncer gástrico. Las mujeres y hombres con niveles educativos bajos, así como aquellos que acceden a los servicios de atención oncológica a través del segmento público del sistema de salud, presentan mayor riesgo de desarrollar cáncer, menor tiempo de supervivencia y mayor riesgo de morir por esta enfermedad.

Las recomendaciones para hacer frente a las crecientes inequidades en cáncer gástrico incluyen la implementación de un plan nacional de control del cáncer, que tenga como premisa la existencia de inequidades sociales, y el impacto que tiene sobre éstas la segmentación actual del sistema nacional de salud. Los resultados respaldan también las intervenciones en educación para construir condiciones para la agencia, es importante mejorar el acceso a una educación en todos sus niveles, ya que ésta prefigura un lugar, unas condiciones de vida, unos sistemas de exclusión y unas formas de agencia. La inversión y el fortalecimiento en la promoción y prevención de la salud también tienen potencial de reducir las inequidades sociales, toda vez que es la etapa inicial del *continuum* del cáncer, y es la etapa en la que las personas pueden decidir. Conforme el cáncer gástrico avanza, la agencia se ve afectada.

Desde una perspectiva de política pública, y considerando el derecho universal a la salud, se requiere compromiso político para afectar la estratificación social, de manera que las medidas apoyen a reducir las inequidades sociales del cáncer gástrico. Como lo afirma Thomas Abel, las políticas deben apuntar a aumentar los recursos que amplían el rango de opciones de las personas para permitir la libertad individual como parte del proceso de empoderamiento. La libertad de elegir de acuerdo con las propias necesidades es un

componente importante para superar las inequidades sociales, pero también puede aumentar las posibilidades de éxito sostenible en las intervenciones de salud (Abel, 2012).

La estructura del sistema de salud se constituye en un obstáculo para garantizar el derecho a la salud, porque reproduce inequidades sociales en la población ecuatoriana. Obviar esta información reduciría el impacto de las intervenciones, ya que su alcance estaría limitado a grupos privilegiados de personas que son quienes se han venido beneficiando de las acciones en salud pública en mayor proporción que otras.

Resulta importante contar con más información sobre el impacto de las inequidades sociales en este tipo de enfermedades crónicas, de ahí que se convierte en imperioso fortalecer la vigilancia epidemiológica para generar datos. En este contexto, los registros de cáncer cumplen un papel protagónico porque son los únicos instrumentos capaces de reportar indicadores de alta calidad, que podrían ser fortalecidos para ampliar la información que recogen, con la capacidad de monitorear las inequidades sociales en salud. A pesar de la importancia de cuantificar, comprender y reducir las inequidades en salud como una prioridad estratégica en la formulación de políticas -una de las conclusiones del informe de la comisión de los determinantes sociales de la salud, y uno de los 17 objetivos de desarrollo sostenible publicados por las Naciones Unidas- no hay datos disponibles sobre inequidades sociales en cáncer gástrico en Ecuador.

Futuras investigaciones deberán profundizar en el análisis de la política pública, y de la configuración de la atención oncológica en el país. Si bien Ecuador se ha comprometido a lograr una reducción del 25% en la mortalidad por enfermedades no transmisibles para 2025, entre ellas el cáncer, recae en el Estado la responsabilidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, la investigación científica e impulsar la política que reduzca la inequidad social existente.

A. Anexo: Guion de entrevista para pacientes con cáncer gástrico

Introducción: Las personas diagnosticadas de Cáncer Gástrico, en mayor proporción, se encuentran en posiciones socioeconómicas bajas de la sociedad. Amplia información ha visibilizado esta distribución desigual que responde a los contextos sociales, económicos, ambientales, históricos y políticos de las personas afectadas. En este escenario, Ecuador no es la excepción, en donde además la desigualdad se refleja en el acceso a los servicios oncológicos, dada la estructura segmentada del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. En ese sentido, se torna indispensable contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas con Cáncer Gástrico oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y así garantizar el derecho fundamental a tener una vida digna, que posee todo ser humano.

Objetivo: Identificar el impacto de las inequidades sociales en los cuidados de la salud, en personas diagnosticadas de cáncer gástrico en Quito, a partir de sus experiencias al interior de los servicios oncológicos.

Invitación: Mi nombre es Wilmer Alexander Tarupi Montenegro, médico epidemiólogo, coordinador del Registro Nacional de Tumores. En este momento me encuentro estudiando el doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia y como parte de la investigación que adelanto sobre las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en Quito – Ecuador, le invito a participar a través de una entrevista semiestructurada, que permitirá acercarme a sus experiencias en el manejo de estos pacientes al interior del Sistema Nacional de Salud.

Instrucciones: Este guion de entrevista semiestructurada será implementado en profesionales de salud, con especialidad y experiencia en el manejo de pacientes

oncológicos, particularmente de pacientes con cáncer gástrico. Si el profesional acepta participar, la entrevista se podrá realizar en el lugar y fecha que más le convenga al participante. La entrevista será grabada, la información recopilada será tratada de manera anónima y confidencial, para esto se utilizará un sistema de códigos para identificar la participación y mantener la confidencialidad de datos personales. El nombre del profesional no se hará visible salvo si él lo autoriza. El tiempo de duración de la entrevista será de 90 minutos.

Datos personales

¿Cuántos años tiene?

¿Dónde vive?

¿Quiénes conforman su hogar?

¿A qué se dedica?

Tema 1: vida pasada

Quisiera que me cuente cómo era un día de su vida hace dos años (fecha en la que aún no tenía diagnóstico)

Qué lugares frecuentaba o que actividades disfrutaba hacer hace dos años.

Tema 2: el cuerpo y la salud

¿Cómo era su salud antes de este diagnóstico? ¿Qué cuidados relacionados con su salud tenía?

¿Qué experiencias me podría contar respecto a la búsqueda de atención médica en los últimos dos años, antes del diagnóstico actual?

¿Por qué cree que apareció la enfermedad?

Tema 3: necesidad de buscar ayuda médica

¿Qué lo llevó a buscar ayuda médica?

¿Cuánto tiempo pasó desde el momento en que inició la búsqueda de atención médica y el momento en que fue atendido y por qué?

¿Cómo se ha sentido con la atención recibida hasta el momento del diagnóstico?

A parte del médico, ¿qué otros profesionales le han acompañado, contactado o buscado después del diagnóstico? ¿Qué otras alternativas de tratamiento han buscado? ¿Después

de este diagnóstico, en qué han cambiado sus rutinas de cuidado de su salud? ¿Qué otros tratamientos distintos a los de la medicina ha buscado o piensa buscar?

¿Qué le ha disgustado y que le ha agradado de esa atención?

¿Qué sintió y qué pensó cuando recibió el diagnóstico?

Tema 4: diagnóstico y tratamiento

¿Cómo fueron los trámites y diligencias para recibir el diagnóstico?

¿Cómo es la experiencia de trasladarse desde su casa hasta el centro de salud donde lo atienden?

¿Qué experiencias puede contarnos relacionadas con su tratamiento?

Dada su condición de..... cómo ha sido la atención recibida.

¿Qué lo ha motivado a mantener el tratamiento y que dificultades encuentra en la atención?

Tema 5: red de apoyo

¿Cómo se organiza en la casa para acudir al centro de salud, alguien lo acompaña?

¿Qué cambios en su vida ha tenido que enfrentar a partir del diagnóstico?

¿Con qué apoyos y recursos ha contado para afrontar estos cambios?

¿Cómo han cambiado sus relaciones con el servicio de salud, con su familia, con sus amistades, compañeros de trabajo?

B. Anexo: Guion de entrevista para familiares de pacientes con cáncer gástrico

A Datos personales:

¿Cuántos años tiene?

¿Dónde vive?

¿Quiénes conforman su hogar?

¿A qué se dedica?

Tema 1: vida pasada

Quisiera que me cuente cómo era un día de la vida de su familiar hace dos años (fecha en la que aún no tenía diagnóstico)

Qué lugares frecuentaba o que actividades disfrutaba hacer hace dos años.

Tema 2: el cuerpo y la salud

¿Cómo era la salud de su familiar antes de este diagnóstico? ¿Qué cuidados relacionados con su salud tenía?

¿Qué experiencias me podría contar respecto a la búsqueda de atención médica en los últimos dos años, antes del diagnóstico actual?

¿Por qué creía su familiar que apareció la enfermedad?

Tema 3: necesidad de buscar ayuda médica

¿Qué lo llevó a buscar ayuda médica?

¿Cuánto tiempo pasó desde el momento en que inició la búsqueda de atención médica y el momento en que fue atendido y por qué?

¿Cómo se ha sentido él/ella con la atención recibida hasta el momento del diagnóstico?

A parte del médico, ¿qué otros profesionales le han acompañado, contactado o buscado después del diagnóstico? ¿Qué otras alternativas de tratamiento han buscado? ¿Después de este diagnóstico, en qué han cambiado las rutinas de cuidado de su salud de su familiar? ¿Qué otros tratamientos distintos a los de la medicina ha buscado o piensa buscar?

¿Qué le ha disgustado y que le ha agradado de esa atención?

¿Qué sintió y qué pensó cuando recibió el diagnóstico?

Tema 4: diagnóstico y tratamiento

¿Cómo fueron los trámites y diligencias para recibir el diagnóstico?

¿Cómo es la experiencia de trasladarse desde la casa de su familiar hasta el centro de salud donde lo atienden?

¿Qué experiencias puede contarnos relacionadas con el tratamiento?

Dada la condición de..... de su familiar cómo ha sido la atención recibida.

¿Qué lo ha motivado a mantener el tratamiento y que dificultades encuentra en la atención?

Tema 5: red de apoyo

¿Cómo se organiza en la casa para acudir al centro de salud?

¿Qué cambios ha tenido que enfrentar su familiar a partir del diagnóstico?

¿Con qué apoyos y recursos ha contado para afrontar estos cambios?

¿Cómo han cambiado las relaciones de su familiar con el servicio de salud, con su familia, con sus amistades, compañeros de trabajo?

C. Anexo: Guion de entrevista para personal de salud de la atención oncológica

Introducción: Las personas diagnosticadas de Cáncer Gástrico, en mayor proporción, se encuentran en posiciones socioeconómicas bajas de la sociedad. Amplia información ha visibilizado esta distribución desigual que responde a los contextos sociales, económicos, ambientales, históricos y políticos de las personas afectadas. En este escenario, Ecuador no es la excepción, en donde además la desigualdad se refleja en el acceso a los servicios oncológicos, dada la estructura segmentada del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. En ese sentido, se torna indispensable contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas con Cáncer Gástrico oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y así garantizar el derecho fundamental a tener una vida digna, que posee todo ser humano.

Objetivo: Identificar el impacto de las inequidades sociales en los cuidados de la salud, en personas diagnosticadas de cáncer gástrico en Quito, a partir de sus experiencias al interior de los servicios oncológicos.

Invitación: Mi nombre es Wilmer Alexander Tarupi Montenegro, médico epidemiólogo, coordinador del Registro Nacional de Tumores. En este momento me encuentro estudiando el doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia y como parte de la investigación que adelanto sobre las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en Quito – Ecuador, le invito a participar a través de una entrevista semiestructurada, que permitirá acercarme a sus experiencias en el manejo de estos pacientes al interior del Sistema Nacional de Salud.

Instrucciones: Este guion de entrevista semiestructurada será implementado en profesionales de salud, con especialidad y experiencia en el manejo de pacientes oncológicos, particularmente de pacientes con cáncer gástrico. Si el profesional acepta participar, la entrevista se podrá realizar en el lugar y fecha que más le convenga al participante. La entrevista será grabada, la información recopilada será tratada de manera anónima y confidencial, para esto se utilizará un sistema de códigos para identificar la participación y mantener la confidencialidad de datos personales. El nombre del profesional no se hará visible salvo si él lo autoriza. El tiempo de duración de la entrevista será de 90 minutos.

Preguntas de inicio - Datos personales

Nombre: _____ Profesión: _____
Especialidad: _____ Tiempo que lleva ejerciendo (años): _____
Segmento de la Red Integral de Salud en la que trabaja actualmente: _____

Preguntas guía (*continuum* del cáncer gástrico)

Tema 1: Promoción de la salud

La norma ecuatoriana establece el fomento de factores de protección como el autocuidado, los estilos de vida y espacios saludables, para promover la salud en la población en general y así controlar el desarrollo del cáncer. En su experiencia:

¿Cómo aportan los programas de promoción en salud para controlar el cáncer gástrico (alimentación saludable, actividad física, uso del tabaco y consumo de alcohol)?

¿En qué podrían mejorar estos programas?

Tema 2: Tamizaje del cáncer gástrico.

En Ecuador, la norma establece realizar la detección oportuna en la población de más de 50 años, mediante la combinación de exámenes serológicos para determinación de *Helicobacter pylori* y pepsinógeno combinado con endoscopia digestiva alta (MSP, 2017).

Tomando en consideración su experiencia:

¿Considera que las personas pueden acceder a este tipo de información con facilidad, y por qué?

¿Cómo mejorar los canales de comunicación o acceso a la información, o superar las asimetrías de información?

Tema 3: Diagnóstico del cáncer gástrico.

Para el diagnóstico oportuno de cáncer, la norma ecuatoriana plantea brindar un tratamiento adecuado, continuo y exitoso y un seguimiento especializado en todos los estadios del cáncer. Tomando en consideración su experiencia:

¿Considera que en el caso del cáncer gástrico es fácil recibir un diagnóstico oportuno, y por qué?

¿Existen diferencias en el manejo (diagnóstico) de pacientes con cáncer gástrico en los segmentos público, privado y seguridad social, y por qué?

¿Con qué barreras se puede encontrar una persona para recibir el diagnóstico oportuno?

Tema 4: Tratamiento del cáncer gástrico.

En Ecuador, la estrategia nacional busca garantizar el acceso prioritario, con calidad y calidez para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer. Tomando en consideración su experiencia:

¿Considera que en el caso del cáncer gástrico es fácil garantizar el seguimiento de los pacientes en todos los niveles de atención de acuerdo con los requerimientos de salud de dichos pacientes, y por qué?

¿Existen diferencias en el manejo (tratamiento) de pacientes con cáncer gástrico en los segmentos público, privado y seguridad social, y por qué?

¿Qué barreras existen para asegurar el acceso y oportunidad del tratamiento integral?

Tema 5: Cuidados paliativos del cáncer gástrico.

La norma ecuatoriana busca establecer las prestaciones integrales de rehabilitación y cuidados paliativos. Tomando en consideración su experiencia:

¿En el caso de los pacientes con cáncer gástrico, considera que está garantizado el acceso de los pacientes a los servicios de rehabilitación después del tratamiento para su reincorporación a la vida cotidiana, y por qué?

¿En qué medida se aplica la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en adultos, publicada en 2014, en el Sistema Nacional de Salud?

¿Qué y cómo podría mejorar esta normativa?

Tema 6: Muerte por cáncer gástrico. Tomando en consideración su experiencia:

¿Cómo evalúa la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud frente al cáncer, y por qué?

¿En su experiencia, de qué manera responde el Sistema Nacional de Salud a las necesidades de sus pacientes con cáncer gástrico?

Tema 7: Apreciación general. Tomando en consideración su experiencia:

¿Cuál es su valoración general respecto del modelo de atención de personas con cáncer gástrico en el país, en la actualidad? ¿Y cómo podría ser mejorado?

¿Cómo cree usted que influye la posición socioeconómica / género / etnia de las personas con cáncer gástrico en el proceso de la enfermedad (*continuum*)?

**D. Anexo: Aprobación Comité de
Ética – UNAL**

ACTA DE EVALUACIÓN: N°. 015-227-17
Fecha: 12 octubre de 2017

Nombre completo del proyecto: "CÁNCER GÁSTRICO EN QUITO: ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES SOCIALES EN EL PERIODO DE 1986 - 2015".

Versión número: 01

Sometido por: el estudiante Wilmer Tarupi Montenegro

Dirigido por: los profesores Carol Cristina Guarnuizo y Rafael Antonio Malagón

Presentado por: el profesor Mario Esteban Hernández, Coordinador

Departamento o Sección: Doctorado Interfacultades Salud Pública de la Facultad de Medicina

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 28 de septiembre de 2017

EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Se constituyó mediante la Resolución 152, (Acta No. 43 del 5 de diciembre de 1996) actualizado mediante resolución 008 (acta 03 de 27 de enero de 2011), de Consejo de Facultad el Comité de Ética de investigación, el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que estableció las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión del año 2000; y el código de regulaciones federales, título 45, parte 46, para la protección de los sujetos humanos, del departamento de salud y servicios humanos de los institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (Junio 18 de 1991).

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- ✓ Carta de presentación del proyecto generada por la unidad básica o el departamento.
- ✓ Copia de la evaluación de los jurados o pares académicos que evaluaron y aprobaron el trabajo).
- ✓ Copia del proyecto completo de investigación,
- ✓ Dos resúmenes ejecutivos
- ✓ Dos copias del consentimiento informado (en español y cuando la investigación lo amerite).
- ✓ Hojas de vida resumidas de los investigadores y coinvestigadores del proyecto.
- ✓ Consideraciones éticas según resolución 8430 Ministerio de Salud.
- ✓ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica).

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros del Comité:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | Amador Luis Roberto | Departamento de Patología |
| 2 | Duarte Gutiérrez Liz Marcela | Asesora Jurídica Facultad de Medicina |
| 3 | Guerrero Fonseca Carlos Arturo | Departamento de Ciencias Fisiológicas |
| 4 | Parra Pineda Mario Orlando | Departamento de Obstetricia y Ginecología |

3. El Comité consideró que el presente estudio:

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación involucra un riesgo igual al promedio para los sujetos que participan en ella. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

[Página 1/1]
Elaboró Jeannette Pineda A.

Carrera 30 N°. 45-03
FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471 - 1 piso, Of.136
Conmutador: (57) (1) 316 5000 ext. 15167
Bogotá, Colombia
eticasalud_fmboq@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

- b. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
- 4. El Comité informará inmediatamente a las directivas institucionales:**
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- 5. El Comité informará inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:**
- Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité
- 6. Cuando el proyecto sea aprobado, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación.**
- 7. El Investigador principal deberá:**
- Informar de cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA) excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.
 - Avisar de cualquier situación imprevista que se considere implica algún signo de riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - Informar de cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación al secretario y al presidente del Comité de Ética), de acuerdo con la normatividad que el INVIMA ha generado a este respecto.
 - Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
 - Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.
 - Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del informe de avance integrado.
 - Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, este cierre puede ser el informe final en formato completo o en formato de resumen de cierre de estudio, firmado por el investigador responsable del estudio.

8. Observaciones:

El comité considera que el proyecto de investigación no presenta dilemas éticos por lo tanto emite **Concepto Aprobatorio**.


Nombre: **CARLOS ARTURO GUERRERO FONSECA**
Título: PhD Doctorado en Bioquímica, MSc. en Farmacología y MSc. en Genética Humana
Cargo: Presidente Comité de Ética

[Página 2/2]
Elaboró Jeannette Pineda A.

Carrera 30 N°. 45-03 Património
FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471- 1 piso, Of. 136 de todos
Commutador: (57) (1) 316 5000 ext. 15167 los colombianos
Bogotá, Colombia
eticasalud_fmbog@una.edu.co

**E. Anexo: Aprobación Comité de
Ética en Investigación de Seres
Humanos. CEISH – SOLCA Núcleo de
Quito**

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SOLCA- Núcleo de Quito
Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Aprobación MSP, Oficio N° MSP-VGVS-2017-00006-O, Enero 5, 2017



Oficio N°30-2018 CEISH
Quito, 13 de abril de 2018

Doctor
Wilmer Tarupi
MEDICO INVESTIGADOR

De mi consideración:

A través del presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos SOLCA – Núcleo de Quito le informa que su trabajo de investigación, titulado **“Cáncer gástrico en Quito: análisis de las inequidades sociales en el periodo de 1986 - 2015.”** en sesión ordinaria del 5 de abril de 2018, se resolvió aprobar su trabajo, quedando pendiente el análisis cualitativo, mismo que una vez que usted lo presenta, necesita hacernos llegar los derechos de autoría de la Universidad de Colombia, en el cual usted esta vinculado como estudiante y al mismo tiempo recomendamos eliminar del texto, la pertenencia a la Universidad Tecnológica Equinoccial.

La presente certificación tiene una duración de un año transcurrido, el cual se deberá solicitar una extensión conforme lo estipula el Reglamento del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) SOLCA – Quito vigente. En toda correspondencia con el CEISH favor referirse al siguiente código de aprobación: CEISHSOLCAQ.OBS.17.014

El investigador es responsable de la veracidad y autoría del estudio, además de emitir reportes de avance del mismo y al final una copia de la publicación del o los artículos científicos derivados de esta investigación.

Atentamente,

Dr. Henry Cabañero N.
Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
SOLCA – Núcleo de Quito

Elaborado por Elizabeth García R.
SECRETARIA DEL CEISH SOLCA NUCLEO DE QUITO

F. Anexo: Consentimiento informado

Este formulario está dirigido a pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en la ciudad de Quito y/o al familiar del paciente que haya estado al cuidado, invitados a participar en la investigación: Cáncer gástrico en Quito: análisis de las inequidades sociales en el periodo de 1986 – 2015

Investigador: Wilmer Alexander Tarupi Montenegro

Institución Responsable: Universidad Nacional de Colombia

Soy Wilmer Alexander Tarupi Montenegro, docente de la Universidad Tecnológica Equinoccial de Ecuador. Soy investigador y en este momento me encuentro estudiando el doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia. Nos encontramos desarrollando una investigación sobre las inequidades sociales en pacientes con cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en Quito – Ecuador, ya que este es un hecho frecuente en nuestro medio.

Esta es una invitación para participar en la mencionada investigación a través de una entrevista. Tal vez, algunos de los términos que voy a exponerle no son comprensibles para usted, así que, por favor, pregunte si requiere alguna aclaración. Si una vez leído este documento usted todavía tiene inquietudes, puede preguntarme inmediatamente después de terminar. Pero también, si estas inquietudes se mantienen durante su participación en la investigación, podrá consultarnos en cualquier momento en el correo electrónico o en el número telefónico que se encuentran al final de este documento.

El objetivo de este estudio es analizar las inequidades sociales en salud en pacientes con cáncer gástrico en la ciudad de Quito, a través del análisis de información estadística

proporcionada por el Registro Nacional de Tumores y por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, así como de narrativas sobre las experiencias de los pacientes y sus familiares al interior del Sistema Nacional de Salud. Esta aproximación permitirá profundizar en el conocimiento de las inequidades sociales y aportar con conocimiento contextualizado para la construcción de políticas públicas que garanticen la equidad en salud, teniendo en cuenta grupos vulnerables.

Estamos invitando a los/las pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y/o al familiar que estuvo al cuidado del paciente, para hacer algunas entrevistas. Algunas de las preguntas se refieren a sus vivencias o experiencias al momento de recibir el diagnóstico y tratamiento en el Sistema Nacional de Salud. Si bien la investigación no traerá ningún beneficio directo para usted, tenga en cuenta que su participación será de gran ayuda para mejorar la atención en salud y el acompañamiento y cuidado al paciente con cáncer gástrico. Su experiencia es muy importante para la investigación. También si usted decide participar puede cambiar de opinión en cualquier etapa de la investigación. Sin embargo, recuerde, su participación es muy importante para el desarrollo de la investigación. En cualquier momento, usted puede pedir al investigador aclaraciones acerca de su participación y / o de la entrevista.

Si acepta, deberá participar a una o dos reuniones iniciales denominadas “de familiarización previa”, y después de una entrevista en dos o tres sesiones que pueden durar no más de hora y media cada una. Estas entrevistas se podrían realizar en su casa o en otro lugar, de acuerdo con su conveniencia. Eso se podría definir de manera concertada una vez usted, acepten mediante la firma de este documento, su participación. Las entrevistas serán grabadas y poco tiempo después, recibirá una transcripción con lo que fue grabado. Se utilizará un sistema de códigos para identificar su participación y mantener la confidencialidad de sus datos personales. Como esta investigación no es algo común, es posible que algunas personas pregunten por sus respuestas. Pero tenga en cuenta que existe total confidencialidad, pues no compartimos ninguna información y su participación se mantendrá en el anonimato total. La información sobre usted y sus respuestas, estarán por fuera del alcance de otras personas y únicamente el investigador tendrá acceso a ella y la utilizará exclusivamente con fines investigativos. La información sobre su identidad tampoco se dará a conocer.

Su entrevista será identificada con un número que sólo conoce el investigador. Si desea que su nombre o institución aparezca en la publicación del estudio, usted debe autorizarlo. Los resultados de la entrevista serán compartidos con usted antes de ser puestos a disposición del público. Recuerde que nosotros no compartiremos ninguna información que pueda ocasionar peligros físicos y morales a usted o a su familia. Vamos a tener reuniones con grupos de la comunidad, los cuales se darán a conocer con antelación, para proporcionar y discutir los resultados. Luego estos resultados se publicarán para que otras personas, en otros lugares, puedan beneficiarse también de nuestra investigación.

Si usted tiene preguntas puede hacerlas ahora o más adelante comunicándose al teléfono: 0999587064 o, a las siguientes direcciones de correo electrónico: wtarupi@gmail.com / watarupim@unal.edu.co

Participante número _____

Fui invitado (a) a participar en esta investigación sobre inequidades sociales en cáncer gástrico. Se me ha informado sobre los fines y las condiciones de la investigación. Entiendo que voy a tener una entrevista en dos o tres sesiones y que no obtendré beneficios directos, que se respetarán mis derechos de participación y si reuso participar, tampoco se verán afectados derechos ya adquiridos en salud. Además, he sido informada(o) sobre los datos del investigador con quien me puedo comunicar al teléfono o correo electrónico, en cualquier momento. De otra parte, he leído (o me han leído), la información aquí presentada, tuve la oportunidad de preguntar sobre la investigación y las actividades y mis preguntas y preocupaciones fueron respondidas adecuadamente. Voluntariamente doy consentimiento para participar en la investigación y sé que puedo retirarme de ella en el momento que desee sin ninguna consecuencia para mí.

Participante

Nombre y apellido: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 1

Nombre y apellido: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Investigador

Nombre y apellido: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Bibliografía

- Abel T, Frohlich KL. (2012) Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*;74(2):236-44. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.028. Epub 2011 Dec 7. PMID: 22177750.
- Adler NE, Stewart J, Cohen S, Cullen M, Roux AD, Dow W, et al. (2007) Reaching for a healthier life: facts on socioeconomic status and health in the US. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health; P. 43.
- Agarwal R, Epstein AS. (2017) The Role of Palliative Care in Oncology. *Semin Intervent Radiol*. 2017 Dec;34(4):307-312. doi: 10.1055/s-0037-1608702. PMID: 29249853; PMCID: PMC5730447.
- Albuquerque G, Silva M. (2014) Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965.
- Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, et al. (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*, 391(10125):1023-1075. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.
- Almeida-Filho, N. (1992). "Hacia una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)". *Revista de la Escuela de Salud Pública* 3(1):33–40.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Almeida-Filho, N. (2011) *¿O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Almeida-Filho, N. (2020) Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 16: e2751. doi: 10.18294/sc.2020.2751.
- Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. (2003) Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*, 93(12):2037-2043. doi: 10.2105/ajph.93.12.2037.

- Almeida-Filho N. (2001). "For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes." *Cad Saude Publica*, 17(4): 753–770.
- Almeida-Filho, N. (2010) Problemática metodológica da determinação social da saúde: Segunda nota breve sobre Desigualdades em Saúde como objeto de conhecimento. Comunicação apresentada como subsídio para discussão no Seminário Determinação Social da Saúde, promovido pelo CEBES, Salvador, Bahia.
- American Cancer Society (ACS). (2015) Cancer Facts & Figures for Hispanics/Latinos 2015–2017. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-034778.pdf>
- Anderson W, Camargo M, Fraumeni J, Correa P, Rosenberg P, Rabkin C. (2010) "Age-specific trends in incidence of noncardia gastric cancer in US adults," *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, no. 17, pp. 1723–1728.
- Aragonés N., Goicoa T., Pollán M., et al. (2013) Spatio-temporal trends in gastric cancer mortality in Spain: 1975-2008. *Cancer Epidemiology*, 37(4):360–369. doi: 10.1016/j.canep.2013.03.009.
- Aragonés N., Pollán M., López-Abente G., et al. (1997) Time trend and age-period-cohort effects on gastric cancer incidence in Zaragoza and Navarre, Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(4):412–417. doi: 10.1136/jech.51.4.412.
- Arias-Valencia A. (2009) Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 27(3): 341-348.
- Arias-Valencia A. (2017) Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 35(2): 186-196. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03
- Arnold M, Moore S, Hassler S, Ellison-Loschmann L, Forman D, Bray F. (2014) The burden of stomach cancer in indigenous populations: a systematic review and global assessment. *Gut*, 63(1):64-71. doi: 10.1136/gutjnl-2013-305033.
- Arnold M, Rentería E, Conway DI, Bray F, Van Oort T, Soerjomataram I. (2016) Inequalities in cancer incidence and mortality across medium to highly developed countries in the twenty-first century. *Cancer Causes Control CCC*, 27(8):999–1007. doi: 10.1007/s10552-016-0777-7.

- Arredondo A. (1992) Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cad. Saúde Publ.* Rio de Janeiro, 8 (3): 254-61. Disponible em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>
- Asamblea Nacional del Ecuador (ANE). (2014) Código Orgánico Monetario y Financiero. Quito: Registro Oficial (Segundo suplemento); Año II, N° 332.
- Australian Institute of Health and Welfare and Australasian Association of Cancer Registries (AACR) (2003). Cancer survival in Australia 1992–1997: geographic categories and socioeconomic status. AIHW. CAN 17. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (Cancer Series no. 22).
- Ayala Mora E. (2008) Resumen de historia del Ecuador. Corporación Editora Nacional. Quito.
- Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. (2017) Changing Trends in Stomach Cancer Throughout the World. *Curr Gastroenterol Rep*, 19(8):36. doi: 10.1007/s11894-017-0575-8.
- Barker DJ, Coggon D, Osmond C, Wickham C. (1990) Poor housing in childhood and high rates of stomach cancer in England and Wales. *Br J Cancer*. 1990 Apr; 61(4): 575–578.
- Barradas-Barata R. (2001). Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 138-145 Disponible en: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>.
- Barreto M. (2017) Health inequalities: a global perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7): 2097-2108. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017
- Behm H. (2011) Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colectiva*. [1979]; 7(2):231-253.
- Bentham, J. (1789 [2008]). *Los principios de la Moral y la Legislación*. Buenos Aires: Editorial Claridad S.A.
- Bentham, J. (1817 [1983]). *Deontology together with A Table of the Springs of Action and The Article on Utilitarianism*. En: Goldworth, A. *The Collected Works of Jeremy Bentham*. Alderley: Clarendon Press.
- Bentham, J. (1839). *Deontología o ciencia de la Moral (tomo I)*. Valencia: Librería de Mallen y Sobrinos.

- Bentham, J. (1965-1966). *The Philosophy of Economic Science - The Psychology of Economic Man*. Londres: The Royal Economic Society by George Allen & Unwin Ltd
- Berlín I. (1988), "Dos conceptos de libertad", en *Cuatro ensayos sobre la libertad*, Madrid: Alianza, pp. 187-243.
- Bertuccio P., Chatenoud L., Levi F., et al. (2009) Recent patterns in gastric cancer: a global overview. *International Journal of Cancer*, 125(3):666–673.
- Birn, A. E. (2009). Making it politic(al): closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Social Medicine*, 4(3), 166–182.
- Borde E, Hernández M. (2019) Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Global Public Health*, 14:6-7, 847-862, DOI: 10.1080/17441692.2018.1551913
- Bourdieu P. (2000) *La distinción, criterio y bases sociales del gusto*. Taurus, Madrid.
- Boyd C, Zhang-Salomons JY, Groome PA, Mackillop WJ. (1999) Associations between community income and cancer survival in Ontario, Canada, and the United States. *J Clin Oncol*; 17(7):2244-55.
- Bravo LE, García LS, Collazos PA. (2014) Cancer survival in Cali, Colombia: A population-based study, 1995-2004. *Colombia Médica - Vol. 45 N°3 2014*.
- Bray F, Colombet M, Mery L, et al. (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)* Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. <http://ci5.iarc.fr>
- Breilh J. (1991). "La epidemiología (crítica) latinoamericana: Análisis general del estado del arte, debates y desafíos actuales en la construcción del método". En: *Debates en Medicina Social*. Franco, Nunes, Breilh, Laurell. OPS, Quito: 164–215
- Breilh J. (2002). *Inequidad en salud: Ecuador El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino*. Universidad de Michigan. Escuela de Salud Pública, Centro para Investigación de Etnicidad, Cultura y Salud, Ann Harbor. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C%20J-CON-105-Inequidad%20salud.pdf>
- Breilh J. (2003) De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad En: Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 214-24.

- Breilh J. (1998) La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: Breilh J. *Cuerpos, Diferencias y Desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh%2C%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf>
- Breilh J. (2007) New model of accumulation and agro-business: The ecological and epidemiological implications of the Ecuadorian cut flower production. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1):91–104. doi: 10.1590/S1413-81232007000100013.
- Bursztyn, Ivani, Rosana Kushnir, Ligia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, María Riveros y Anna Sollazzo. (2010). “Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados”. *Revista de Salud Pública* 12 (1): 77-88.
- Cañizares R, Mena G, Barquet G. (2017) Análisis del sistema de salud del Ecuador. *REV. MED. FCM-UCSG • VOL. 19 • N.O 4 • 2015*. DOI: <https://doi.org/10.23878/medicina.v19i4.1080>
- Carrión F, Erazo J. (2012) La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 41(3): 503-522. Disponible en: <https://bifea.revues.org/361>
- Carrión F. Pinto JP. (2019). Producción y organización espacial de viejas y ‘nuevas’ desigualdades en Quito. *Andamios* 16 (39): 101-25.
- Castellanos PL 1987. Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad: un Punto de Vista Epidemiológico. IV Congresso Mundial de Medicina Social. Medellín, julho, 15 pp
- Castellanos PL. (1997) Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. En: Barata RB. *Condições de vida e situações de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 31-75.
- Chang A, Cowling K, Micah A, Chapin A, Chen C, et al. (2009) Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*, 393 (10187): 2233-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

- Chang Y, Cho B, Son KY, Shin DW, Shin H, Yang HK, Shin A, Yoo KY. (2015) Determinants of gastric cancer screening attendance in Korea: a multi-level analysis. *BMC Cancer*, 15:336.
- Choi IK, Hyun JJ, Kim SY, Jung SW, Koo JS, et al. (2014) Influence of Socioeconomic Status on Survival and Clinical Outcomes in Patients with Advanced Gastric Cancer after Chemotherapy. *Oncol Res Treat*, 37:310–314.
- Choi KS, Jun JK, Lee HY, Park S, Jung KW, Han MA, Choi IJ, Park EC. (2011) Performance of gastric cancer screening by endoscopy testing through the National Cancer Screening Program of Korea. *Cancer Sci*, 102(8):1559-64. doi: 10.1111/j.1349-7006.2011.01982.x.
- Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. (2009) Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine*, 28(29): 3670-82.
- Cohen, Gerald (2001), *Si eres Igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?* Ediciones Paidós. Barcelona. España.
- Coleman MP, Rachet B, Woods LM, Mitry E, Riga M, Cooper N, Quin MJ, Brenner H, Esteve J (2004) Trends and socioeconomic inequalities in cancer survival in England and Wales up to 2001. *British Journal of Cancer*, 90: 1367 – 1373.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2000) Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4, disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], (2020). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Final report: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Ciudad Alfaro: Asamblea Constituyente. Ecuador.

- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. (2008). La investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39.
- Corral F, Cueva P, Yepez J, Tarupi W. (2018) Trends in cancer incidence and mortality over three decades in Quito - Ecuador. *Colomb Med (Cali)*, 49(1): 35-41. Doi: 10.25100/cm.v49i1.3785.
- Correa P, Piazuelo MB, Wilson KT. (2010) Pathology of gastric intestinal metaplasia: clinical implications. *American Journal of Gastroenterology*, 105(3):493–498. doi: 10.1038/ajg.2009.728.
- Correa P, Piazuelo MB. (2010) “Cáncer gástrico: El Enigma Colombiano,” *Revista Colombiana de Gastroenterología*, vol. 25, no. 4, pp. 334–337, 2010.
- Correa P. (2011) Cáncer gástrico: una enfermedad infecciosa. *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 26, pp. 111–117.
- Costa S. (2019) Inequality, difference, articulation. *Cad CRH*, 85(32): 33-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27771>.
- Creswell JW, Plan Clark V (2011) *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Second edition. SAGE, United States of America.
- Cueva P, Yépez J, Tarupi W. (Editores) (2019). *Epidemiología del cáncer em Quito 2011 – 2015*. Solca Núcleo de Quito, Registro Nacional de Tumores, Quito.
- de Carvalho TC, da Mota Borges AK, Silva IFD. Stomach cancer incidence trends in selected Latin America countries: Age, period, and birth-cohort effects. (2023) *Cancer Epidemiol*;85:102392. doi: 10.1016/j.canep.2023.102392. Epub ahead of print. PMID: 37301017.
- De Kok I, Van Lenthe FJ, Avendano M, Louwman M, Willem, Coebergh W, Mackenbach J. (2008) Childhood social class and cancer incidence: Results of the globe study. *Social Science & Medicine* 66: 1131-1139
- de Vries E, Arroyave I, Pardo C, Wiesner C, Murillo R, Forman D, et al. (2015a) Trends in inequalities in premature cancer mortality by educational level in Colombia, 1998-2007. *J Epidemiol Community Health*, 69(5):408–15. doi: 10.1136/jech-2014-204650.
- de Vries E, Arroyave I, Pardo C. (2016) Time trends in educational inequalities in cancer mortality in Colombia, 1998-2012. *BMJ Open*; 6(4).

- de Vries E, Uribe C, Pardo C, Lemmens V, Van de Poel E, Forman D. (2015b) Gastric cancer survival and affiliation to health insurance in a middle-income setting. *Cancer Epidemiol*, 39(1):91–6. doi: 10.1016/j.canep.2014.10.012.
- DeWalt D., Berkman N., Sheridan S., Lohr K., Pignone M. (2004) Literacy and Health Outcomes: Systematic Review Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med*, 19:1228–1239. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- Dikshit R, Gupta PC, Ramasundarahettige C, Gajalakshmi V, Aleksandrowicz L, Badwe R, et al. (2012) Cancer mortality in India: a nationally representative survey. *The Lancet*, 379(9828):1807–16. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60358-4.
- Duma N, Sanchez LJ, Castro YS, Jennis AA, McCain DA, Gutierrez ME, Bamboat ZM. (2016) Gastric adenocarcinoma: clinicopathologic differences among Hispanics and non-Hispanic whites. A single Institution's experience over 14 years. *Ann Gastroenterol*. 2016 Jul-Sep; 29(3): 325–331.
- Edwards DM, Jones J. (1999) Incidence of and survival from upper aerodigestive tract cancers in the U.K.: the influence of deprivation. *Eur J Cancer*; 35(6):968-72.
- Eslava –Castañeda JC. (2017) Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. salud pública*, 19 (3): 396-403. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Espinoza V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. (2017) La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41: e96. doi: 10.26633/RPSP.2017.96
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. (2018) GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/577>
- Ferreira MAF, Gomes MN, Michels FAS, Dantas AA, Latorre M. (2012) Social inequality in morbidity and mortality from oral and oropharyngeal cancer in the city of São Paulo, Brazil: 1997-2008. *Cad Saude Publica*, 28(9):1663–73. DOI: 10.1590/s0102-311x2012000900006
- Flores R, Cosme A, Mendoza J. (2017) Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Problema / Segunda época / año 10 / No. 20*.

- Fontana V, Decensi A, Orengo MA, Parodi S, Torrisi R, Puntoni R. (1998) Socioeconomic status and survival of gastric cancer patients. *Eur J Cancer*;34(4):537-42.
- Fontanella B, Junior R (2012) Saturación teórica en las investigaciones cualitativas: contribuciones psicoanalíticas. *Psicología em Estudo*; 17 (1):63-71
- Fraga, C. (2009). El enfoque del método biográfico interpretativo. Estudio de las relaciones de clase y género. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. , 1-10. Buenos Aires: Acta Académica.
- Frankel S, Gunnell DJ, Peters TJ, Maynard M, Davey S (1998) Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the Boyd Orr Cohort Study. *BMJ*. 14; 316(7130): 499–504.
- Fraser N. (1997) *Justice Interruptus: Rethinking Key Concepts of a «Postsocialist» Age*. Justice Interruptus, London.
- Freeman H. (2004) Poverty, Culture, and Social Injustice: Determinants of Cancer Disparities (Editorial). *CA Cancer J Clin* 2004;54:72–77
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. (2006) Indicators of socioeconomic position. P 1. *J Epidemiol Community Health*, 60:7-12. DOI: 10.1136/jech.2004.023531
- García JC. (1989) As ciências sociais em medicina. In: Nunes ED, organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora; 1989. p. 51-67.
- Garriga Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, de la Hoz J, García S. (2012) Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. INFODIR [Internet]. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/345>
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2019) Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet*, 393: 2233–60. DOI [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)
- Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G, Laukkanen E, Moskowitz A, Webster DJ, Richter NL. (1997) An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, metropolitan areas. *Am J Public Health*; 87(7):1156-63.

- Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G, Laukkanen E, Richter NL, Meyer CM. (2000) An international comparison of cancer survival: relatively poor areas of Toronto, Ontario and three US metropolitan areas. *J Public Health Med*; 22(3):343-8.
- Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St Louis J, et al. (2013) Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*, 14:391–436.
- Guirao-Goris J (2003) La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare21*; 2. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
- Hammersley M (2008) Troubles with triangulation. In: Bergman, Manfred Max ed. *Advances in Mixed Methods Research*. London: Sage, pp. 22–36.
- Harvey D. (2003) *The New Imperialism*. Oxford, UK: The Oxford University Press.
- Heise K, Bertran E, Andia ME, Ferreccio C. (2009) Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. *World J Gastroenterol* 21; 15(15):1854-62
- Hernández M. (2011) Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R, editores. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* [Internet]. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>.
- Hernández-Alvarez M. (2008) El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev salud pública*, 10 (1) 72-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
- Herrera-Riquelme CA, Kuhn-Barrientos L, Rosso Astorga R, Jiménez de la Jara J. (2015) Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 2000–2010. *Rev Panam Salud Pública*, 37(1):44–51. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v37n1/a06v37n1.pdf>
- Honneth A. (2009) *Crítica del agravio moral: patologías de la sociedad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Honneth A. (1996). Reconocimiento y obligaciones morales. *Estudios Políticos* 14:173-187.
- Honneth A. (2010). Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social. Katz Editores.

- Honneth A. (1997) La lucha por el reconocimiento, Traducción española de Manuel Ballester, Barcelona, Crítica.
- Hooi J., Wan Ying L., Wee Khoo N., Suen M., Underwood F. (2017) Global prevalence of *helicobacter pylori* infection: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*, 153(2):420–429.
- Houtart F. (2011) El concepto de Sumak Kawsay (Buen vivir) y su correspondencia con el bien común de la humanidad (Tema Central). *Ecuador Debate*, Quito, n.84, p. 57-73.
- Hurtig AK, San Sebastián M. (2002) Geographical differences in cancer incidence in the Amazon basin of Ecuador in relation to residence near oil fields. *Int J Epidemiol*; 31(5):1021-7.
- IARC. Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 61: 1-241. PMID: 7715068
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2006). La población indígena del Ecuador. Quito. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblacion_Indigena_del_Ecuador.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (1990) Resultados del Censo 2001 de población y vivienda en el Ecuador. Quito. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2001) Resultados del Censo 2001 de población y vivienda en el Ecuador. Quito. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2010) Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Quito. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018) Reporte de pobreza y desigualdad. Quito. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio-2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2014). Encuesta de Condiciones de Vida Sexta Ronda. Quito. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). (2012) Sistemas de Salud en Suramerica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/sistemas-de-salud-en-suramerica-desafios-para-la-universalidad-la-integralidad-y-la-equidad/>
- International Agency for Research on Cancer IARC. (2009) IARC Handbooks of Cancer Prevention. PREAMBLE FOR SCREENING. Lyon, France.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2014) *Helicobacter pylori* Eradication as a Strategy for Preventing Gastric Cancer. International Agency for Research on Cancer, *Helicobacter pylori* Working Group.
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A & Merhy E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2): 128-36
- Jemal A, Ward E, Anderson RN, Murray T, Thun MJ. (2008) Widening of socioeconomic inequalities in U.S. death rates, 1993-2001. PLoS One, 3(5):1–8. doi: 10.1371/journal.pone.0002181
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. (2002) A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health, 56:647–52
- Kingman E. (2006) La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía. Quito: Flacso-Sede Ecuador. 431 p.
- Knauth FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, eds. (2013) Financing health in Latin America: household spending and impoverishment (vol 1). Cambridge, MA, USA: Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation, International Development Research Centre.
- Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. (1997) Social Inequalities and Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC Scientific Publications No. 138)
- Kravdal O. (2000) Social inequalities in cancer survival. Department of Economics, University of Oslo and Cancer Registry of Norway. Disponible en: <http://www.sv.uio.no/econ/english/research/unpublished-works/working-papers/pdf-files/1998/Memo-03-1998.pdf>

- Lagergren J, Andersson G, Talbäck M, Drefahl S, Bihagen E, Härkönen J, Feychting M, Ljung R. (2016) Marital status, education, and income in relation to the risk of esophageal and gastric cancer by histological type and site. *Cancer*, 122(2):207-12.
- Lampert- Grassi MP. (2019). *Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile| Asesoría Técnica Parlamentaria. N° SUP: 123156
- Larrea, C. (2004). *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*. Editorial Abya Yala. Quito
- Laurell AC. (1982). "La salud–enfermedad como proceso social." *Cuadernos Médico Sociales* 19: 1–11
- Laurell AC. (1994). "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud–enfermedad". En: *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 101, OPS, Washington: 1–12
- Laurell AC, Noriega M. (1989). *La Salud en la Fábrica Estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México, D.F.: Colección problemas de México. Ediciones Era.
- Lee HY, Park EC, Jun JK, Hahm MI, Jung KW, Kim Y, Han MA, Choi KS. (2010) Trends in Socioeconomic Disparities in Organized and Opportunistic Gastric Cancer Screening in Korea (2005-2009). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 19(8):1919-26
- Lee KJ, Tilling KM, Cornish RP, Little RJA, Bell ML, Goetghebeur E, Hogan JW, Carpenter JR; STRATOS initiative. (2021) Framework for the treatment and reporting of missing data in observational studies: The Treatment And Reporting of Missing data in Observational Studies framework. *J Clin Epidemiol*. 2021;134:79-88. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.01.008.
- Lera C, Genolet A, Rocha V, Schoenfeld Z, Guerriera L, Bolcatto S. (2007) Trayectorias un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Catedra Paralela*, 4: 33 – 39. Disponible en: http://catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00044f001t1.pdf
- Linares-Pérez N, Lopez-Arellano O. (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3 (3) 247-259. Disponible en: <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>

- Lucio R, Villacres N, Henríquez R. (2011) Sistema de Salud de Ecuador. Salud pública de México, 53 (2): S177-87
- Lukács G. (1979) Ontologia do ser social. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Livraria Ciências Humanas.
- Luria, A. R. (1979) Introdução evolucionista à psicologia. In: _____. Curso de psicologia geral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med, 358(23):2468–81. doi: 10.1056/NEJMsa0707519.
- Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Deboosere P, Eikemo T, Hoffmann R, et al. (2014) Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. Soc Sci Med, 127:51–62. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.05.021
- Mackenbach JP, Kunst AE. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc Sci Med, 44: 757–771. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00073-1
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M., et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med, 358(23):2468–81. doi: 10.1056/NEJMsa0707519.
- Mackillop WJ, Zhang-Salomons J, Boyd CJ, Groome PA. (2000) Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States. Cancer; 89(4):901-12.
- Malaty H. M., El-Kasabany A., Graham D. Y., et al. (2002) Age at acquisition of *Helicobacter pylori* infection: a follow-up study from infancy to adulthood. The Lancet, 359(9310):931–935. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08025-X.
- Malo-Serrano M, Malo-Corral N. (2014) Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(4):754-61.
- Marcus EN. (2006) The silent epidemic—the health effects of illiteracy. N Engl J Med, 355: 339–341. DOI: 10.1056/NEJMp058328

- Marmot M (2010) Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London, UK: The Marmot Review.
- Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton P. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health*, 32(4): 244–249.
- Marmot M, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Epidemiology*, 337 (8754), p1387-1393
- Martínez Ortega, Rosa María, Tuya Pendás, Leonel C, Martínez Ortega, Mercedes, Pérez Abreu, Alberto, & Cánovas, Ana María. (2009). EL COEFICIENTE DE CORRELACION DE LOS RANGOS DE SPEARMAN CARACTERIZACION. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2)
- Maruthappu M, Painter A, Watkins J, Williams C, Ali R, Zeltner T, Faiz O, Sheth H. (2014) Unemployment, public-sector healthcare spending and stomach cancer mortality in the European Union, 1981-2009. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014 Nov;26(11):1222-7.
- Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. (2010) Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France. *BMC Public Health*, 10:260. DOI: 10.1186/1471-2458-10-260
- Meszáros, I. (2009) A teoria da alienação em Marx. São Paulo: Boitempo.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud [Norma técnica]. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2012) Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar y Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2017) Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador. Acuerdo Ministerial N°0059-2017. Quito: Registro Oficial (Edición Especial). Disponible en: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ac_0059_2017.pdf
- Mitry E, Rachet B, Quinn MJ, Cooper N, Coleman MP. (2008) Survival from cancer of the stomach in England and Wales up to 2001. *British Journal of Cancer*, 99: S16 – S18

- Molina G, (2019) Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. ÍCONOS 63 • 2019 • pp. 185-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- Montenegro H, Levcovitz E, Holder R, Ruales J, Suarez J. (2011) Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and road map for implementation in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
- Montero-Oleas N, Núñez-González S, Simancas-Racines D. (2017) The remarkable geographical pattern of gastric cancer mortality in Ecuador. *Cancer Epidemiology*, 51: 92–97. doi: 10.1016/j.canep.2017.10.014.
- Mora-Alonso CA. (2017) Sobre la idea de Justicia en Marx. *Cuestiones de filosofía* 21 (3): 45-63. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/cuestiones_filosofia/article/view/7708/6018
- Morales C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública* 15(6): 797-808. Disponible em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
- Morales C. Eslava-Castañeda JC. (2015) Análisis y discusiones en torno a la obra de Jaime Breilh. En: *Tras las huellas de la determinación social. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Moreno-Betancur M, Latouche A, Menvielle G, Kunst AE, Rey G. (2015) Relative index of inequality and slope index of inequality: a structured regression framework for estimation. *Epidemiology*, 26(4): 518-27. doi: 10.1097/EDE.0000000000000311.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito [MDMQ]. (2011) Plan de desarrollo 2012-2022. Quito: MDMQ.
- Muñoz NE. (2009) Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva* 5(3):391-401
- National Cancer Institute (NCI) (2020) Cancer Control Continuum. Division of Cancer Control and Population Sciences (DCCPS) [Internet]. [Cancercontrol.cancer.gov](https://cancercontrol.cancer.gov). 2020. Disponible en: <https://cancercontrol.cancer.gov/about-dccps/aboutcc/cancer-control-continuum>

- National Cancer Institute (NCI). (2013) Statistical Research and Applications Branch, Joinpoint Regression Program. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
- Navarro López V, Benach de Rovira J. (1996) Desigualdades sociales de salud en España. *Rev Esp Salud Pública*, 70:505-636. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_505.pdf
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3),423–441
- Nozick R. (1974) *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books, p. 149-153
- Oleas-Montalvo J. (2017) Ecuador 1980-1990: crisis, adjustment, and change of development regime. *América Latina en la Historia Económica*, 210–242. doi: 10.18232/alhe.v24i1.724.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *The role of the pharmacist in self-care and self-medication*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2009* Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro (Brasil), OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) *La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas*. *Boletín Epidemiológico / OPS*, Vol. 23, No. 3
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008) *Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019) *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. Resumen del informe de la Comisión de la Organización

- Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
- Pasechnikov V, Chukov S, Fedorov E, Kikuste I, Leja M. (2014) Gastric cancer: prevention, screening and early diagnosis. *World J Gastroenterol*, 20(38):13842-62. doi: 10.3748/wjg.v20.i38.13842.
- Pensola TH, Martikainen P. (2003) Cumulative social class and mortality from various causes of adult men. *J Epidemiol Community Health*, 57:745–751
- Peñaranda F. (2015) Salud pública, justicia social e investigación cualitativa: hacia una investigación por principios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(supl1): S103-S111. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a18
- PNUD (2022) Human Development Report 2021/2022: Uncertain times, Unsettled lives: Shaping our future in a transforming world. United Nations Development Programme. New York, United States
- Ramos, S., Aguilera, A., Capriati, A., Lehner, P., Peña, L. y Tamburrino, M. (2012). Estudio cualitativo sobre significaciones socioculturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer de mama, cuello de útero y colon. Informe sobre revisión de la literatura. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Rawls J. (1971) *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, Disponible en: <https://giuseppicapograssi.files.wordpress.com/2014/08/rawls99.pdf>
- Regidor E. Gutiérrez-Fisac JL. Rodríguez C. (1994) *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Registro Nacional de Tumores (RNT). Cueva, P.; Yépez, J. editores. (2016). *Epidemiología del Cáncer en Quito 2006-2010*. Quito. 15 ed.
- Registro Nacional de Tumores (RNT). Cueva, P.; Yépez, J.; Tarupi, W. editores. (2019). *Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015*. Quito. 16 ed.
- Rodríguez Cepeda J. (2004) Tras John Rawls: el debate de los bienes primarios, el bienestar y la igualdad. *RIFP* '23; pp, 49-70 Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:filopoli-2004-23-CA3F8782-33C8-9273-299D-054BE14337E1/tras_john.pdf
- Rohani-Rasaf M, Moradi-Lakeh M, Ramezani R, Asadi-Lari M (2012) Measuring Socioeconomic Disparities in Cancer Incidence in Tehran, *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13, 2955-2960

- Rosen, G. (1979) *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Editora Graal.
- Rosenberg P, Check D, Anderson W. (2014) "A web tool for age-period-cohort analysis of cancer incidence and mortality rates, cancer epidemiology," *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 23, p. 2296.
- Rosso S, Faggiano F, Zanetti R, Costa G. (1997) Social class and cancer survival in Turin, Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51:30-34
- Rota M, Alicandro G, Pelucchi C, Bonzi R, Bertuccio E, et al. (2019) Education and gastric cancer risk: An individual participant data meta-analysis in the StoP project consortium. *Int J Cancer*. doi: 10.1002/ijc.32298.
- Ruales J, Checa F. (2018) La atención del cáncer en el Ecuador: pasado, presente y futuro. *Rev. Fac Cien Med (Quito)*; 43(1)
- Saldana-Ruiz N, Clouston SA, Rubin MS, Colen CG, Link BG. (2013) Fundamental causes of colorectal cancer mortality in the United States: understanding the importance of socioeconomic status in creating inequality in mortality. *Am J Public Health*, 103(1):99–104. doi: 10.2105/AJPH.2012.300743.
- Salvador I, Fornasini M, Corral F. (2019) *Cáncer gástrico enfoque epidemiológico, clínico y molecular*. Editorial UTE.
- Salvador I, Mercado A, Bravo GL, Baldeón M, Fornasini M. (2015) Risk and protective factors for gastric metaplasia and cancer: a hospital-based case-control study in Ecuador. *Nutr Hosp*. Sep 1; 32(3):1193-9.
- Samaniego P. (2013) La evolución de la pobreza y la desigualdad en Quito. *Questiones Urbano Regionales*. Volumen 1, No. 3: pp. 77-94. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6462/1/REXTN-QUR3-06-Samaniego.pdf>
- San Sebastián M, Hurtig A. (2004) Cancer among indigenous people in the Amazon basin of Ecuador, 1985—2000. *Rev Panam Salud Publica* vol.16 no.5
- Sánchez-Barriga JJ. (2016) Tendencias de mortalidad y años potenciales de vida perdidos por cáncer gástrico en México, 2000-2012. *Rev Gastroenterol México*, 81(2):65–73. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.01.002>

- Saumoy M, Schneider Y, Shen N, Kahaleh M, Sharaiha RZ, Shah SC. (2018) Cost Effectiveness of Gastric Cancer Screening According to Race and Ethnicity. *Gastroenterology*, 155(3):648-660. doi: 10.1053/j.gastro.2018.05.026.
- Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica, Vidaurre M, Roca A. (2002) Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(6).
- Secretaría Metropolitana de Salud (SMS). (2017) “Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito,”. http://www.quito.gob.ec/documents/PLAN_DECENAL_SALUD_2015-2025.pdf.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES. (2013) Atlas de las Desigualdades Socio Económicas del Ecuador. Quito: SENPLADES, 2017. Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3127>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES. (2017) Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito: SENPLADES. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida-de-ecuador>
- Segato L. (2016) La guerra contra las mujeres. Traficantes de sueños, Madrid. Disponible en: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf
- Segi M. (1960) “Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries (1950–57)”.
- Segura del Pozo J. (2013) Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010), Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública.
- Sen A. (2002) ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*, 11 (5/6):302-09. Disponible en: http://www.cualtos.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/25._por_que_la_equidad_en_salud__0.pdf
- Sen A. (1998) Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós.
- Sen A. (2004) Health Achievement and Equity: External and internal perspectives. In Sudhir Anand, Fabienne Peter & Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford University Press.
- Sen A. (2011) La idea de la Justicia. Taurus, Buenos Aires.

- Sen A. (1984) Well-being, agency and freedom: the Dewey lectures 1984 *Journal of Philosophy*, 82:169–221.
- Shaw M, Galobardes B, Lawlor DA, Lynch J, Wheeler B, Davey Smith G. (2007) *The handbook of inequality and socioeconomic position*. Bristol: Policy.
- Shin A, Kim J, Park S. (2011) Gastric Cancer Epidemiology in Korea. *J Gastric Cancer*. 2011 Sep; 11(3): 135–140.
- Sierra M, Hastings E, Fagan-Garcia K, Colquhoun A, Goodman K. (2014) Epidemiology, transmission, and public health implications of *Helicobacter pylori* infection in Western Countries. In: Miklos B. G., editor. *Helicobacter Pylori: A Worldwide Perspective*. Oak Park, IL, USA: Bentham Science Publishers, pp. 25–79.
- Sierra MS, Cueva P, Bravo L, Forman D. (2016) Stomach cancer burden in Central and South America. *Cancer Epidemiol*, 44: S62–S73. DOI: 10.1016/j.canep.2016.03.008
- Signal V, Sarfati D, Cunningham R, Gurney J, Koea J, Ellison-Loschmann L. (2015) Indigenous inequities in the presentation and management of stomach cancer in New Zealand: a country with universal health care coverage. *Gastric Cancer*. 2015 Jul;18(3):571-9
- Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards B. (2003) Area socio-economic variations in US cancer incidence, mortality, stage, treatment, and survival, 1975–1999. *NCI Cancer Surveillance Monograph Series*, Number 4. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social determinants of health discussion Paper 2 (policy and practice)*. Geneva: World Health Organization.
- Sonnenberg A. (2011) Time trends of mortality from gastric cancer in Europe. *Digestive Diseases and Sciences*, 56(4):1112–1118. doi: 10.1007/s10620-010-1553-2.
- Souza Minayo, Maria Cecília (2010) Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*. 6 (3): 251-261 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina

- Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. (2004) Equidad en salud: teoría y praxis. In: Spinelli H, organizador. Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 247-77.
- Suárez R, Wiesner C, González C, Cortés C, Shinchí A. (2004) Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, 17: 42-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n17/n17a05.pdf>
- Suh YS, Lee J, Woo H, Shin D, Kong SH, Lee HJ, Shin A, Yang HK. (2020). National cancer screening program for gastric cancer in Korea: Nationwide treatment benefit and cost. *Cancer*. 126(9):1929-1939. doi: 10.1002/cncr.32753. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32031687.
- Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, et al. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
- Tarupi W, Blettner M, Kaatsch P. (2012) Cancer Incidence in the Northern Ecuadorian Amazon Basin: An epidemiological descriptive study. *Rev Peru Epidemiol*; 16 (2): 113-20
- Tarupi W, de Vries E, Cueva P, Yépez J. (2019) Stagnation in decreasing gastric cancer incidence and mortality in Quito: time trend analysis, 1985 – 2013. *J Cancer Epidemiol*. Article ID 1504894, 10 pages. doi: 10.1155/2019/1504894
- Teixeira CF. (1999) Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):287-303
- Torres J, Correa P, Ferreccio C. (2013) Gastric cancer incidence and mortality is associated with altitude in the mountainous regions of Pacific Latin America. *Cancer Causes & Control*, 24(2):249–256. doi: 10.1007/s10552-012-0114-8.
- Uribe C, Amado A, Rueda A, Mantilla L. (2019) Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 34(1), 17-22. <https://doi.org/10.22516/25007440.353>
- Uthman O, Jadidi E, Moradi T. (2013) Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 67:854–860. doi:10.1136/jech-2012-201108

- Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Fidler M, Conway D, Vilahur N, et al. (2018) Reducing Social Inequalities in Cancer: Setting Priorities for Research. *CA CANCER J CLIN* 2018; 68:324–326
- Vaccarella S., Lortet-Tieulent J., Saracci R., Conway D.I., Straif K., Wild C.P. (2019) Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. IARC Scientific Publication No. 168. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/580>
- Vallejo R (2011) Momentos y paradigmas en la planificación de Quito. En: Carrión F, Dammert M [Coordinadores]. Quito escenarios de innovación. Quito.
- Vanthomme K, Vandenneede H, Hagedoorn P, Gadeyne S. (2017) Evolution of educational inequalities in site-specific cancer mortality among Belgian men between the 1990s and 2000s using a “fundamental cause” perspective. *BMC Cancer*, 17:470. doi: 10.1186/s12885-017-3461-8.
- Varon C, Mégraud F. (2020) Stomach Cancer: still one of the main cancer types worldwide. In: Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors. *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/586>
- Vega-Romero R. (2001) Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Rev. Salud pública*, 3 (2): 97-126.
- Vidal. (2009) La teoría de la justicia social en Rawls ¿Suficiente para enfrentar las consecuencias del capitalismo? *Polis*, 23.
- Villacrés N. (2016) Análisis del financiamiento de la atención del cáncer en el Ecuador: un reto para el Sistema Nacional de Salud. *Rev Fac Cien Med*, 41:185–94.
- Vohra J, Marmot M, Bauld L, Hiatt R. (2015) Socioeconomic position in childhood and cancer in adulthood: a rapid-review. *J Epidemiol Community Health*; 70:629–634
- Wang X. Q., Terry P. D., Yan H. (2009) Review of salt consumption and stomach cancer risk: epidemiological and biological evidence. *World Journal of Gastroenterology*, 15(18):2204–2213. doi: 10.3748/wjg.15.2204
- Ward, E, Jemal, A, Cokkinides, V, et al. (2004) Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status *CA Cancer J Clin* 54:78-93

- Whitehead M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22:429–45.
- Williams D. (1999) Race, Socioeconomic Status, and Health. The Added Effects of Racism and Discrimination. *Annals New York Academy of Sciences*. 173-88
- Yáñez B, McGinty H, Buitrago D, Ramirez A, Penedo F. (2016) Cancer Outcomes in Hispanics/Latinos in the United States: An Integrative Review and Conceptual Model of Determinants of Health. *J Lat Psychol*; 4(2): 114–129.