



**COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD**  
**ACTA RESUMEN SESIÓN NÚMERO DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS**

**Sesión No.** 242 Continuación  
**Fecha de sesión:** Miércoles 11 de Julio del 2018  
**Hora:** 16H00

Siendo las dieciséis horas del día miércoles 11 de julio del 2018, el Presidente de la Comisión Dr. William Garzón Ricaurte, dispone que por Secretaría se constate el quórum reglamentario para instalar la continuación de sesión No. 242.

Se encuentran presentes al momento de la instalación los siguientes Asambleístas: Ana Mercedes Galarza Añazco, William Antonio Garzón Ricaurte, José F. Ugarte Henríquez, Alternó de Patricia Ivonne Henríquez Jaime, Manuel Alfredo Ochoa Morante, Juan Sebastián Palacios, Gabriela Rivadeneira Burbano y Carlos Alfredo Vera.

Por Secretaría se confirma que existe el quórum reglamentario al estar presentes siete Asambleístas miembros de la Comisión, en consecuencia se da inicio a la sesión con la lectura de la convocatoria y orden del día.

**CONVOCATORIA:**

Por disposición del señor Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud Dr. William Garzón Ricaurte y, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 27 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa y el artículo 8 del Reglamento de las Comisiones Especializadas Permanentes y Ocasionales de la Asamblea Nacional, convoco a usted a la continuación de la **SESIÓN DE LA COMISIÓN No. 242**, que se llevará a cabo el **miércoles 11 de Julio del 2018**, a las 16h:00, en el **Salón No. 1**, ubicado en el primer piso, ala oriental del Edificio de la Asamblea Nacional, con el objeto de tratar el siguiente orden del día:

1.- Lectura, discusión y votación del articulado del articulado texto unificado del Proyecto de Código Orgánico de Salud, para informe de Segundo Debate.

El Presidente pone a consideración el orden del día, el mismo que se aprueba por unanimidad. A continuación solicita al Pleno instalarse en Comisión General para iniciar el Taller "El cáncer en el Ecuador", tema fundamental por tratarse de una enfermedad que aqueja al pueblo ecuatoriano, y sobre el cual, existe una iniciativa ciudadana presentada a la Asamblea Nacional y es importante tratarlo en este debate, con el concurso de varios expertos, para que los asambleístas miembros de la Comisión recojan los aspectos más relevantes a ser considerados en el marco del Proyecto de Código Orgánico de la Salud que se lo viene trabajando en la Comisión de la Salud, desde hace algunos años y actualmente está en la recta final, por lo que no cabría dejar de lado este espacio que posibilita la socialización de criterios e insumos para estos fines.

Da la cordial bienvenida al doctor Carlos Durán Viceministro de Gobernanza del Ministerio de Salud Pública, delegado de la señora Ministra de esa Secretaría de Estado, a la doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador OPS, al doctor Juan Vásquez, Asesor para el control de enfermedades crónicas de OPS, saludar la presencia del Ing. Paúl Carrasco Carpio, Prefecto del Azuay, al doctor Andrés Sotomayor, Director del Seguro Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, al Ing. Sixto Cuesta, representante de SOLCA, al Ing. Wilson Merino Coordinador Nacional de la Red de Acuerdo Contra el Cáncer, a los Decanos o sus delegados de las Facultades de Medicina de las Universidades: Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica, Universidad Tecnológica Equinoccial y a todas las personas que se encuentran presentes y medios de comunicación.

1

7

Luego de explicar la metodología y el tiempo asignado, el Presidente concede la palabra al Ing. el Wilson Merino Rivadeneira quien saluda a los presentes e inicia expresando que para la agrupación que representa es importante señalar que ninguna institución o persona por más poderosa que sea puede estar por encima de la ley. Hace hincapié que uno de los elementos fundamentales de la iniciativa ciudadana, es el de haber sido capaces, como Red, de configurarse dentro del juego democrático, ya que es la primera vez en la historia de la República que una iniciativa popular normativa en materia de salud llega a la Asamblea Nacional, luego de cumplir un sinnúmero de procedimientos, que les habilita a participar en la vida democrática; y, desde el 16 de abril de 2018, fecha en la que el Consejo de Administración legislativa CAL derivó esta iniciativa a la Comisión de Salud, juzga que la misma ha sido calificada.

Puntualiza representar el anhelo de los pacientes con cáncer que no son pocos, es la segunda causa de muerte en nuestro país y es una enfermedad que progresivamente en nuestra región va avanzando, por lo que amerita los esfuerzos no solo de los médicos, sino que todos los ecuatorianos de involucrarse en esta tarea importante de luchar contra la enfermedad.

Precisa que su agrupación más que defender artículos plantea una iniciativa popular que recoge el sentir de organizaciones sociales, que tiene alma, porque recolecta las grandes desigualdades, la situación de pobreza multidimensional, que afecta a las personas que viven en las provincias más alejadas.

Dice defender tres conceptos fundamentales: El primero que es la salud, desde esta visión integral que no solo tiene que ver con la perspectiva médica, sino que además tiene que ver con los elementos contextuales, factores sociales, económicos medioambientales que lo recoge la Constitución de la República del Ecuador, que están insertos en el COS y que se necesita traducirlo en su articulado.

Dice defender la inclusión y participación de las organizaciones sociales dentro de la estructura del COS y reconoce el trabajo y esfuerzo de esta Comisión que en el Capítulo I ya propicia la participación de veedurías y de organizaciones de pacientes y califica de importante, pero señala que en materia del cáncer debemos ir más allá y considera fundamental que el 90% de artículos de la iniciativa popular normativa que han emprendido busca cuidar no solamente del paciente sino además proteger a su entorno familiar y cree que este es uno de los principios fundamentales de la iniciativa.

Para contextualizar la problemática del cáncer muestra en la presentación cifras no armonizadas y contrastadas, según indica, con un mapeo que aportan el INEC, SOLCA y otras Organizaciones sociales, sobre todo en temas de investigación y en el contexto de la visión social, económica y medioambiental, señalando que es una tarea gigante para emprender. Destaca que el 30% de pacientes con cáncer, según investigación independiente de la Fundación Cecilia Rivadeneira, viven en zonas rurales, el 51% de pacientes niños de la ciudad de Quito que reciben tratamiento vienen de provincias y, a su juicio, éstas circunstancias generan una problemática muy compleja para el entorno familiar, problemas económicos, transporte, pérdida de empleo, los hermanos de los pacientes con cáncer se quedan solos y se agudizan los problemas sociales.

Las familias constituidas en promedio por cinco miembros, cada niño con cáncer tiene dos hermanos al menos, los hogares cuentan apenas con dos dormitorios, el 28% de estas familias viven en locales arrendados y al tener que migrar para seguir los tratamientos médicos, incurrir en mayores gastos.

El 20% de las madres acompañan solas la enfermedad y el tratamiento de sus hijos, son hogares mono parentales cuyos padres los han abandonado, las madres recurren en muchos casos a la prostitución como única vía de obtención de recursos para solventar los gastos que conllevan estas enfermedades en los hospitales. El 41% de los gastos están relacionados con la enfermedad, sea por transporte, deudas, medicamentos que no los pueden conseguir y el ingreso promedio de una familia de pacientes de cáncer, a quienes han investigado, es de USD 533.85 por debajo de la canasta básica familiar, lo que resulta insuficiente frente a lo costosa que es esta

enfermedad. El 64% de las familias tiene una sola persona que aporta a los ingresos del hogar. Para poner en evidencia, presenta un testimonio de un padre de familia para contextualizar la visión que ha compartido con los presentes.

Se trata de un agricultor con ingresos mensuales para su hogar de USD 130, 00 porque no tiene un trabajo formal, que sumado al Bono de Desarrollo Humano que percibe su señora por cuidado de su hijo por la enfermedad que padece, totalizan USD 230,00, que son distribuidas para sus necesidades que superan los 400 dólares mensuales para alimentación, educación (dos hijos en escuela y colegio) y medicinas. Su vivienda es de madera tiene 19 años de su construcción y no ha podido refaccionarla por cuestiones económicas limitadas. Las deudas asumidas por la atención de sus hijos paulatinamente han crecido al extremo de comprometer como garantía un pequeño lote de terreno. Sufre angustias periódicamente por esta situación al extremos de intentar suicidarse.

Continúa el Ing. Merino ratificando la difícil situación de pobreza y desigualdad económica de estos hogares donde el 77% de mujeres dejan de trabajar por atender a sus hijos. El 67 % de pacientes llegan a los hospitales en transporte público desde largas distancias interprovinciales, las madres con sus niños en brazos, con jornadas largas de caminata. En estos hogares uno de los hijos deja de estudiar para ayudar al ingreso familiar y poder luchar con esta enfermedad. El 23% de los tutores no tienen protección de la seguridad social, el 38% de ellos apenas ha completado la educación primaria, hay una carencia de oportunidades básicas que les permita a las familias acceder al derecho a la salud. El 30% de los niños no asisten a la escuela, más allá de los esfuerzos que las organizaciones sociales emprenden en este sentido dotando de aulas hospitalarias, cuando lo ideal es que el niño regrese a la escuela a la brevedad posible.

El tema de discriminación no resulta asilado y se presenta en todos los espacios públicos, escuelas, colegios, en los medios de transporte público. El 77% de los hermanos se quedan solos en provincias y son sujetos a problemáticas sociales complejas como: maltratos, accidentes domésticos y violaciones, ante lo cual sobrevienen los ejes de la lucha que como organización no van a declinar y aspira que los asambleístas recojan la voz ciudadana y que estos elementos fundamentales que son el anhelo de cientos de miles de ecuatorianos y se plasmen en el Código Orgánico de la Salud.

Señala que el objetivo, como organización de la sociedad civil, no tiene la intención de trabajar en la perspectiva médica, que es el espacio en el que por más de 65 años ha venido actuando SOLCA y que hay que fortalecerlo, la gran preocupación indica está en los elementos contextuales en lo que como sociedad no hemos podido dar una respuesta. En este sentido propone *"la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales"*, con actores públicos y privados con una mirada intersectorial dirigido por el Ministerio de Salud.

Sobre el tema laboral señala que impulsan la *"licencia laboral especial"* para los padres o madres de los niños con cáncer como el caso de México, donde hace pocas semanas el Senado aprobó una reforma que entrega esta licencia, para que los beneficiarios cumplan con este rol fundamental, que puede ser incorporado en el Código Orgánico de la Salud.

En el eje de transporte y movilidad considera importante general *"tarifas diferenciadas"* sobre todo para los pacientes que vienen de las provincias más alejadas y cuyos costos son elevados.

Sobre *"Apoyo emocional"* comenta que en Argentina hace poco se aprobó y Reglamentó que los pabellones de oncología pediátrica hayan payasos hospitalarios, los niños no solo abandonan el tratamiento únicamente por pobreza sino además por factores emocionales que tiene que cumplir su rol fundamental ser niño y como sociedad tenemos que garantizarles la posibilidad de espacios de recreación dentro de los hospitales por lo que cree que es un anhelo importante por resolver.

Respecto del tema de la investigación dice no estar interesados en conocer ni medicina ni tecnología, porque no es su área de experticia, lo que si les interesa es que en la agenda de investigación se trabaje en los determinantes sociales. Dice que es necesario promover el tema de registro porque hay muchos pacientes que mueren sin tener un diagnóstico médico. El tema del

voluntariado comenta es una herramienta efectiva de complementariedad al talento humano de salud que es fundamental reconocer, promover y capacitar al voluntariado porque son decenas de miles de imparables jóvenes que se encuentran en territorio dispuestos a un trabajo de contingente mancomunado para establecer objetivos comunes como país.

La prevención y promoción cree que es importante para las Fundaciones y organizaciones sociales para trabajar sobre todo en educación, desde la necesidad de construir una comunidad más humana donde finalmente todos los niños con cáncer puedan vivir con dignidad y sintiéndose seguros en un Estado de Derecho.

Finalmente afirma que la iniciativa popular normativa cuenta con 67 artículos que han sido entregados e ingresadas las observaciones y pedidos para que sean integrados al COS, se ha adjuntado además un inserto sobre los determinantes sociales y económicos que afectan a los niños con cáncer para que sea revisado y se conozca más la realidad en la que viven los pacientes. Considera importante desmitificar algunos elementos, pues reitera que el objetivo nunca ha sido afectar los intereses de SOLCA, la iniciativa popular no busca interferir en temas presupuestarios, no pretenden ha señalado trabajar en temas médicos, por no ser su especialidad y aclara que es una organización de la sociedad civil que por décadas ha trabajado en territorio junto a los enfermos de cáncer y a sus familias, a quienes lastimosamente la ayuda del Estado no ha podido llegar.

El Presidente agradece la intervención del señor Merino por el aporte que acaba de realizar y anuncia la participación del Ing. Sixto Cuesta representante de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer- SOLCA, que saluda a los presentes y expresa el agradecimiento por haber convocado a este Taller que tratará los temas atinentes a la salud y específicamente sobre el Cáncer.

Hablar de SOLCA significa considerar el más grande aporte de la sociedad civil ecuatoriana. Parecería dice que la sociedad civil existiera solamente a partir de una iniciativa popular normativa muy loable por cierto que ha merecido por nuestra parte públicamente la felicitación por lo que ha hecho quien le antecedió en el uso de la palabra, pero indica que no es tan cierto aquello de la iniciativa popular como inédita, porque la sociedad civil se viene organizando desde siempre en el Ecuador, justamente para atender problemas que comportan necesidades sociales y menciona que en 1951 un grupo distinguido de guayaquileños de la sociedad civil se organizó y fundó SOLCA y muchos otros distinguidos miembros también de la sociedad civil y de otras localidades, a través de los años desarrollaron otros núcleos que actualmente cubren todo el país con hospitales y centros médicos.

Por ello, considera de primordial importancia preservar y garantizar esta delegación que el Congreso Nacional de 1951 formuló a SOLCA, encargándole de la prevención, tratamiento y curación de las enfermedades neoplásicas, para este propósito ha presentado específicamente la inclusión de un inciso en el artículo 229 del Código Orgánico de la Salud que dice lo siguiente: *“La Autoridad Sanitaria de Salud fortalecerá la actividad de las instituciones que como parte de la Red Complementaria de Salud atienden la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas, dotándolas de los recursos necesarios para su operación y garantizándoles su delegación, autonomía e independencia administrativa y financiera”*.

Es ésta autonomía de gestión de SOLCA la que ha permitido alcanzar los resultados obtenidos durante 67 años que han sido reconocidos por toda la sociedad ecuatoriana. Afirma que una institución semejante no se puede improvisar, tampoco es concebible que se la dañe. Disponer de un cuerpo médico de gran calidad, levantar hospitales de primera categoría, haber alcanzado la respetabilidad institucional que tiene SOLCA en el País con mística de trabajo es el resultado de una estructura autónoma en la cual los intereses políticos, las ambiciones de figuración y personalismo no han existido jamás y no han contaminado a la institución. Estas realizaciones se asientan insiste en la autonomía institucional y afirma que en ninguno de los núcleos del país encontrarán personas que pertenecen a la institución que se hayan promocionado en la misma en la búsqueda de posicionamientos de carácter político, y señala que en SOLCA están dedicados a lo que saben hacer mejor que es la atención de los pacientes.

Este Taller, menciona, tiene también el propósito de continuar el tratamiento de la lucha contra el cáncer, que ha sido presentado como bien se conoce por colectivos ciudadanos con el apoyo de miles de firmas y sin el afán de desmerecer el apoyo de los firmantes anota que al recoger conceptos de Wilson Merino hay que desmitificar ciertos aspectos que reiteradamente se mencionan hasta hacerlos parecer como verdad. Destaca que la mayoría de esos firmantes, posiblemente casi su totalidad desconocen el proyecto y se adhirieron generosamente al mismo cuando se pidió una firma a favor de la lucha contra el cáncer; en consecuencia, su adhesión fue una acción inmediata, noble, desinteresada, automática por el fin planteado, y añade todos lo haríamos porque no puede haber un objetivo más noble.

Tal es su afirmación respecto a que los firmantes no conocieron el proyecto, por la metodología con la que se recogieron las firmas, en calles, plazas y hasta en estadios y nadie de ellos va a esos escenarios a leer proyectos de ley, van a ver el partido de fútbol. Acota que el señor Merino menciona que hay que fortalecer a SOLCA y esto les ha llamado siempre poderosamente la atención porque tal afirmación no es lo que dice el proyecto. La ausencia de cualquier mención a SOLCA en los 67 artículos y cuatro Disposiciones Transitorias en ese proyecto es notoria. En contraste se incluyen atribuciones omnímodas del pretendido Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer que tendría atribuciones para el diseño, administración, control, manejo y hasta sanción de todo el manejo oncológico público y privado en el país, lo que lleva a pensar que SOLCA, según los promotores es una Institución tan insignificante que ni siquiera debiera formar parte por derecho propio de este Consejo de Lucha Contra el Cáncer, esos son los riesgos.

Dice no estar afirmando que la Red de Acuerdo Contra el Cáncer plantee reemplazarlos, el riesgo es que el Consejo de Lucha Contra el Cáncer que, de aprobarse, podría meterle las manos a la institución y los ecuatorianos ya sabemos por experiencia lo que esto entraña al incursionar en instituciones que si funcionan bien en el país. Destaca que afectaría principalmente la autonomía de sus recursos y operación y por tanto trastornaría una institución que presta excelente servicio, ha sido y es exitosa durante tanto tiempo en el país.

El tratamiento apropiado de este proyecto de lucha contra el cáncer debe ser dentro del ámbito establecido por el CAL es decir considerarlo como un insumo, lo cual evitará daños al Sistema de Salud, daños sobre los cuales muchos sectores de la ciudadanía han advertido:

1. Mientras la tendencia lógica y adecuada de la legislación ha sido permanentemente consolidar cuerpos legales dispersos, el proyecto de ley de lucha contra el cáncer intentaba convertirse en una ley individual.
2. En materia de cáncer el Consejo de Lucha Contra el Cáncer intenta sustituir a la Autoridad Sanitaria Nacional que es el Ministerio de Salud en las funciones de dirección de la política de salud, rompiendo la estructura de la institucionalidad determinada en la Constitución de la república creando confusión y desorden en el Sistema nacional de Salud.
3. No cabe que este Consejo de Lucha Contra el Cáncer con sus dieciséis integrantes entre los que no se menciona a su Institución, se imponga sobre SOLCA, sus hospitales, sus servicios a nivel nacional, experimentada, eficiente y reconocida por los ecuatorianos de todos los rincones de la patria. Tampoco cabe incrementar las entidades públicas justo cuando el gobierno nacional está imponiendo políticas de restricción y cuando la economía reclama una reducción del tamaño del Estado.

Finalmente tampoco cabe que en esta línea de acción en el Ecuador con el mismo derecho que reclaman los pacientes de cáncer se reúnan los pacientes afectados por otras enfermedades, diabetes, insuficiencia coronaria, enfermedades pulmonares y exijan también conformación de un Consejo nacional de Lucha enfermedades de todo tipo, esto sería jurídica y administrativamente caótico.

El Consejo de Administración Legislativa CAL al tratar este proyecto dispuso que la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional siga el tratamiento de dicho proyecto como un insumo en el marco del Código de Salud, porque el Proyecto no fue calificado, contiene una serie de in



constitucionalidades y el informe lo dice claramente, pero que sin embargo si contiene elementos que pueden enriquecer, fortalecer y por tanto estima que debe ser tomado en consideración para mejorar este Código Orgánico de la Salud.

Menciona que entregarán por escrito nuevamente las observaciones concretas respecto a los artículos que se refieren al cáncer y a las enfermedades catastróficas propuestas que fueron entregadas a la Comisión de la Salud el 8 de junio de 2018, con la confianza de que serán incorporadas en el Código Orgánico de la Salud. Entre estas recomendaciones vale destacar el aporte sobre las Guías Oncológicas; a la calificación de Hospitales especializados tomando en consideración su infraestructura y competencias tecnológicas y médicas; al estímulo a la investigación y al manejo del registro de tumores y agrega que la Asamblea Nacional reconocerá el aporte que ha brindado de SOLCA en el ámbito nacional reflejado en revistas y publicaciones del manifiesto suscrito por cientos entidades cuya membresía representa a miles de ecuatorianos que se unen para solicitar que no se afecte a SOLCA, no poner en riesgo un sistema de atención del cáncer que tanto necesitan los ecuatorianos y sus familias afectadas por esta enfermedad.

Expresa categóricamente que no se oponen al proyecto de ley de lucha contra el cáncer, se oponen a que en el marco de ese proyecto, se trate de tomar control de la oncología en el país generando riesgos innecesarios y enormes para la institución, dice oponerse específicamente a la existencia del Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer. Y sobre otras propuestas que son adecuadas y viables que incluso ya han sido recogidas como en la Ley de Discapacidades y otros que eventualmente merezcan ser incluidos en el Código Orgánico de la Salud deberán ser analizados. Declara ser muy específicos en sus propuestas como Institución y anota no ser ni pretender ser políticos y revela una vez más oponerse a la presencia del Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer.

El Presidente agradece la participación del Ing. Sixto Cuesta y concede el uso de la palabra al Ing. Paúl Carrasco Carpio Prefecto del Azuay que inicia mencionando la necesidad de una revisión global al modelo de gestión de salud y al sistema de salud porque existe confusión y se refiere al contrapunto entre Acuerdo Contra el Cáncer que efectivamente hace unas propuestas muchas de las cuales posiblemente tienen razón, pero también señala que nadie puede desconocer la historia de SOLCA al menos de la jurisdicción de origen que es la ciudad de Cuenca que dice conocer, sabe como funciona, tiene eficiencia, es una institución de alta capacidad tecnológica y además de equidad y justicia.

Señala que en el marco del Sistema de Salud básicamente la Constitución en el Art. 362 determina que: *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias”*. Habla de un Sistema en donde están varios actores, no solo el sector público.

El Art. 366 segundo inciso dice: *“El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, etc...”*. Y hace énfasis en un artículo que a su juicio es el más importante y sobre el que versará la exposición para los señores asambleístas. Menciona haber sacado todas las observaciones del documento que se está analizando en la Comisión y que está sometido a segundo debate y alerta sobre las inconsistencias complejas detectadas que cree son las razones por la que no se puede empatar las diferentes propuestas y se refiere al Art. 360 de la Constitución que dice:

*“(…) La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado,…”*

El problema según expresa es que quienes viven y administran en territorio perciben que el Sistema Nacional de Salud no está articulado, dice que se desconoce quienes son parte de este Sistema y cual es la política pública de salud, aunque el Código lo exprese, estima en su opinión que la referencia es desarticulada y desordenada.

Opina que el Código en si mismo constituye una política pública, porque recoge una serie de propuestas, sumado al hecho de que el Ministerio rector y el Ejecutivo presentan un proyecto de Ley para llevar a la práctica una propuesta de política pública, lo cual confirma su punto de vista ya que es así como funcionan los modelos. Por tanto considera que:

Primero, hay que procurar mayor claridad en el Código, dándole un orden lógico que exprese que la política pública es el derecho a la salud, derecho humano sostenible, universal etc.

Segundo, cuando habla de una atención integral e integrada que incluirá el acceso universal, permanente, oportuno, eficaz, de calidad debe aclarar que tales acciones serán coordinadas.

Lo que no está claro es ¿cuál es el sistema? ¿cuál es la política de atención integral e integrada? Por ejemplo de lo que colige si se diera orden una política estaría encaminada a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención, tratamiento, recuperación y rehabilitación por tanto su propuesta está encaminada a que se revise el Código con cierta estructura porque lo que está comentando ya está allí, pero insiste lo que falta es definir cuáles son los ámbitos de la promoción, de la prevención (es decir lo que debería hacerse).

Añade que si están definidas las políticas y ese es el sistema, se debería complementar definiendo quienes son los actores de ese sistema que es algo que no está en el Código, por eso esta confusión expresada por quienes le antecedieron en el uso de la palabra.

Reitera en que hay que agregar todas las propuestas que han remitido tanto Acuerdo Contra el Cáncer, SOLCA y otros actores para definir quienes hacen promoción, a quienes les corresponde la prevención (ISFA, ISPOL, IESS, Ministerio de Salud Pública, los Patronatos). Se pregunta ¿Qué rol juegan los Municipios?, ¿Qué hacen las Prefecturas? ¿qué va a hacer el IESS y que van a hacer los proveedores privados, con o sin fines de lucro? ¿cuál es su rol?, que entre otros son los aspectos no definidos en el Código y considera que hay que dejarlo claro, de suerte que si se tiene la política, se cuenta con un sistema, se han definido los ámbitos y especificados los actores, es más comprensible entender que quien regula el sistema sería la Autoridad Sanitaria Nacional, es decir el Ministerio de Salud Pública.

El Ing. Carrasco menciona además que hay otro tema que no está claro en el Código y es desconocerse quien maneja toda esta información sobre la salud. Estima que todos los actores en las diferentes instancias deberían estar conectados a un subsistema común de información de salud.

Plantea una articulación para establecer primero un registro de historial clínico, medicamentos e infraestructura, variables generales e indicadores que se constituya en un Registro Único establecido además por Ley, con el señalamiento de quien lo maneja, evitando que se mantenga como en la actualidad que SOLCA, el Ministerio de Salud, el IESS tengan su propio registro, el tiene su propio registro.

Manifiesta que éste Código no se diferencia con el 2006 porque no presenta una propuesta efectiva de articulación con el rol de los actores y añade que el Ministerio de Salud Pública que es quien ejerce la rectoría en materia de salud, debería definir que hace el MIES por ejemplo en temas de nutrición, qué hacen los GADs Parroquiales, que le corresponde hacer al Ministerio de Coordinador de Desarrollo Social, que rol deben cumplir los prestadores de salud privados, cuáles son los niveles de atención, que hace SOLCA.

Con esa claridad se puede determinar un modelo de gestión práctico, efectivo donde esté definido quien hace que en un Sistema Nacional de Salud y monitoreado y controlado por el Consejo Nacional de Salud y finalmente en la misma perspectiva y para que alguien controle a nivel de territorio formula la propuesta de un Consejo Provincial de Salud y porque no a nivel Cantonal, donde los actores puedan definir lo que es prioritario en materia de salud.

7 

7

En este contexto considera que al IESS le estaría asignado las cirugías complejas y trasplantes, porque ese es su rol, además del aseguramiento que es otra cosa; el Ministerio de Salud Pública; además de la coordinación general, resolvería los problemas de emergencias y atenciones agudas; los Municipios serían responsables de la infraestructura sanitaria; las Prefecturas de gestión ambiental y todo lo que es control de emisiones de gases y agua; SOLCA debería ser un nivel especializado de investigación y atención de cáncer y de enfermedades catastróficas a nivel de pacientes derivados dentro del Sistema Único de Salud. Comenta que SOLCA en el Azuay atiende algo más de 28.000 mil pacientes anuales efectivamente tiene alta tecnología.

Lo anterior señala descongestiona múltiples actividades, sin más recursos necesitamos dice organizar lo que tenemos, que a cada entidad se le debería asignar un rol como a todos en un verdadero Sistema articulado de política pública. Se trata ha dicho de de ser más eficientes y resolver como acercar el modelo de gestión en salud a la gente, que garantice una atención más cercana y que además facilite el control porque estaría establecido en Ley.

Dice que con la propuesta se logra además insertar la participación social en la promoción a nivel comunitario para que sea real la prevención y asegura que sería mucho más fácil si en el Código se logra desarrollar un modelo de gestión eficiente que permitirá la evidencia de que estos procesos de equidad y justicia se tiene a nivel de territorio.

El Presidente agradece la participación del Ing. Paúl Carrasco Carpio Prefecto del Azuay y anuncia la intervención del doctor Andrés Sotomayor Director del Seguro Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, el mismo saluda a la mesa directiva y a los asistentes a este taller y antes de transmitir los datos preparados para su presentación menciona que el IESS tiene definida en su Ley constitutiva prestaciones de salud que cumplen con la lógica de la política sectorial de salud, enmarcada en los programas de fomento y promoción de la salud, así como las acciones de medicina preventiva que incluye la consulta e información de profesionales médicos y procesamiento de acciones auxiliares de diagnóstico, así como los medicamentos e intervenciones necesarias con sujeción a los protocolos elaborados por el Ministerio de Salud Pública.

También es importante destacar la asistencia médica integral de maternidad que tiene como atención curativa y el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas, así como el tratamientos de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problema de salud pública bajo la modalidad de un fondo solidario y financiado con el aporte obligatorio de los afiliados, empleadores y contribución presupuestaria del Estado. En todo caso señala que dentro de estas políticas que establecen cuales son las prestaciones que debe realizar el Instituto se atienden también a pacientes no afiliados que son los cónyuges e hijos menores de 18 años de los afiliados, así como los beneficiarios del Seguro Social Campesino.

Sobre las atenciones de pacientes con cáncer en la Red Plural del IESS presenta datos desde el año 2013, hasta el 2017 superan los 350.000 pacientes han sido beneficiados y en lo que va del año 2018 son más de 149.000 atendidos. Es importante destacar que la articulación del sistema público y privado les ha permitido brindar estas prestaciones tanto en la red pública como en los establecimientos propios de la Institución.

Los 20 principales diagnósticos de cáncer que el Instituto ha atendido durante el año 2017 concentran el 67% de atenciones a nivel del país, reconociendo que entre los más frecuentes están en su orden los tumores malignos de mama, próstata, de la glándula tiroides, estómago, del cuello del útero y del colon. Pone en conocimiento de la sala así mismo, los principales diagnósticos por números de atenciones en cáncer en la Red Plural (Pública y complementaria) del IESS de Pichincha, Guayas y Azuay que básicamente son tumores malignos que se repiten en el orden antes mencionados.

Ilustra a los presentes la distribución de las unidades propias del IESS a nivel nacional para brindar la atención integrada de cáncer no solo en los hospitales especializados, sino desde su diagnóstico inicial, el tratamiento integral y los cuidados paliativos que reciben los pacientes y



destaca también los centros de la red pública y complementaria que dan el soporte para atender a los pacientes del IESS, así como el número de atenciones focalizadas sobre todo en Pichincha, Guayas, Azuay, Manabí y Loja que, entre pacientes internos (194.749) y pacientes externos (161.273), totalizan 356.022 atenciones de casos de cáncer en el año 2017, con el apoyo de los prestadores de la red pública y complementaria y el apoyo de SOLCA en donde es el mayor número de atenciones recibidas, al igual que en el resto del país.

En la Red Interna que describe el número de atenciones en el período 2013 al 2018, en los establecimientos de salud del IESS el número de pacientes alcanza 329.515, las atenciones alcanza suman 1.033.320, lo que ha significado para la Institución un monto de USD. 429.977.983. El Número de atenciones en la Red de Prestadores Externos (pública y complementaria), en el mismo período el número de pacientes es de 141.361, las atenciones suman 733.770 y el monto solicitado alcanza USD 391.243.882. Destaca que al momento actual no es viable que el IESS satisfaga la demanda únicamente con sus capacidades instaladas.

Resalta el trabajo realizado con SOLCA y muestra en la gráfica como se han cumplido las obligaciones se solicitan las auditorías por las atenciones cubiertas y se procede al pago que está mucho más articulado el sistema de pagos que al inicio de las prestaciones, como se ilustra en el gráfico donde se puede apreciar que en las nueve provincias donde SOLCA prestó sus servicios se produjeron 191.736 prestaciones que representa un valor invertido de USD 78.378.251, de los cuales se han aprobado pagos por un valor de USD 64.574.139, hasta el 4 de julio de 2018, fecha de corte de la información y lo que se aprecia es una disminución de las objeciones para el pago a SOLCA.

Al final muestra en un gráfico en el que sobresale el número de pacientes, las atenciones recibidas y monto facturado en cáncer en la Red Plural del IESS, en el período 2013 al 2018, que se ilustra a continuación:

No. de Pacientes	No. de Atenciones	Monto solicitado en USD
470.876	1.767.090	821.221.865

Para concluir el doctor Andrés Sotomayor menciona que en cuanto a las observaciones al Código Orgánico de la Salud menciona que como está planteado el articulado les permite desarrollar una política pública clara y el mecanismo de articulación que si bien hoy está normando al Ministerio como Autoridad Sanitaria Nacional, tiene un marco normativo que está a nivel de Acuerdo Ministerial y considera necesario que se apruebe en el Código Orgánico de la Salud la Red Pública de Atención de Salud que incluye a los prestadores de servicios de salud y el pago de servicios por el tarifario establecido por el Ministerio del Ramo, lo que ha permitido garantizar las atenciones de los afiliados al IESS.

Respecto al documento que ha entregado Acuerdo Contra el Cáncer considera que existiría dificultad en la creación de una Comisión que trate específicamente la política del cáncer porque ya existe un Comité Nacional presidido por el Ministerio de Salud en el cual se definen los actores y como se desarrolla el tema de las políticas públicas por lo que no cree viable llegar a nivel de sub sistemas porque como señala ya están mencionados los roles dentro del sistema.

El Presidente saluda la presencia del doctor Carlos Durán Viceministro de Gobernanza y Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, delegado de la Titular de esa Secretaría de Estado, quien saluda el trabajo que la Comisión viene realizando en pro de generar un Código que cumpla las expectativas del País.

Dice haber preparado puntos específicos de propuestas que podrían abonar en la mejora del texto actual, además con los aportes que han sido presentados y que a su juicio son de mucha importancia. Indica que la mejor manera de prevenir el cáncer es atacando sus factores de riesgo siempre y cuando los mismos tengan evidencia científica, pues se habla mucho de la prevención del cáncer pero se habla poco sobre los componentes de los que tiene que estar acompañada. Muestra a los presentes un listado de algunos de los factores de riesgo más importantes

modificables que se tiene en cáncer, figuran el tabaco, el alcohol, la obesidad, diabetes, virus, bacterias y factores ambientales: arsénico, asbesto, contaminación del aire, radiación solar ionizante, incluyendo rayos x, o tomografías, detalla igualmente una cantidad de órganos que se ven afectados por el cáncer poniendo en evidencia que un solo factor de riesgo modificable puede afectar a varios órganos, por ejemplo el tabaco puede causar leucemia y linfoma y comprometer al pulmón, esófago, estómago, riñón vejiga y páncreas. La posibilidad de prevenir es real, es cierta y se pueden adoptar medidas muy estrictas, por ejemplo no fumar y eso se traduce en una legislación a partir de medidas que eviten el inicio temprano del hábito de fumar, con lo cual se está contribuyendo al apareamiento de muchos tipos de cáncer.

Hay factores de riesgo que no son modificables, como la edad por ejemplo, por lo que hay que ser muy conscientes de eso ya que nunca antes la expectativa de vida se ha extendido tanto como en los últimos años y por tanto el apareamiento de enfermedades como el cáncer en altas edades es un elemento que debe ser considerado.

Menciona que la prevención debe ser integral y amplia y centrarse en los determinantes de la salud, en este contexto señala que muchos factores de riesgo para el cáncer también son factores de riesgo para enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares Y y catastróficas (insuficiencia renal).

Muchos factores de riesgo indica afectan desde la primera infancia (consecuencia de alimentación inadecuada; sedentarismo, exposición a contaminantes, entre otros).

Los factores de riesgo como la contaminación ambiental, la falta de espacios para la actividad física, la oferta creciente de comida chatarra, más barata que la comida de buena calidad y la falta de tiempo y ayuda para comer alimentos preparados en casa, no pueden ser controlados por los individuos. Para influenciar en ellos se necesitan políticas públicas.

Las poblaciones más pobres y vulnerables están más expuestas y tienen menos medios para protegerse, lo que significa que la pobreza como se ha manifestado esta tarde es un gran factor de riesgo determinante.

La industria alimentaria, del tabaco y el alcohol y los fabricantes de sucedáneos de la leche materna invierten ingentes recursos para promover el consumo de estos productos que constituyen factores de riesgo. No es desconocido las presiones que tienen los Estado para disminuir la lucha en este campo.

Menciona que el Código Orgánico de la Salud ya incluye disposiciones y prohibiciones para disminuir el cáncer al afectar directamente los factores de riesgo que se han señalado. El COS, de nuevo incorpora artículos extensos y claros sobre el etiquetado de alimentos, la prevención de consumo de bebidas alcohólicas, el tabaco, la prevención y protección contra los rayos ultravioletas. Tiene un Capítulo entero dedicado a la lactancia materna y delimita la promoción y promueve la prohibición del alcohol y las disposiciones incluidas acerca de los contaminantes ambientales. Estos aspectos ya están contenidos en la propuesta que se discute aquí en la Asamblea Nacional.

Además pasando al tema de las personas que ya padecen cáncer el Código Orgánico de la Salud ya recoge algunos de los elementos propuestos en los documentos presentados por la Asambleísta Blanca Ugarte, como en el proyecto de Ley de la Red de Acuerdo Contra el Cáncer. Han sido recogidas en el texto actualmente aspectos como el fortalecimiento de de la detección oportuna del cáncer en el primer nivel, la Consejería genética para poblaciones de alto riesgo, la participación social y comunitaria en prevención del cáncer, la difusión de información que hablaba el Prefecto, la rehabilitación y cuidados paliativos.

Se ha incluido además información sobre registro de tumores con vigilancia epidemiológicos por lo esta totalmente de acuerdo que el COS haya incluido un Capítulo específico único para el registro de tumores y lo trate de manera transversal a todo el sistema conforme a las propuestas que han entrado en los últimos meses a la Comisión de la Salud. Resulta importante abordar también

aspectos relacionados con la continuidad de la educación para niños con cáncer, como lo que plantea Acuerdo Contra el Cáncer y la protección social a las personas con cáncer que disminuyen sus capacidades se les habilita una condición discapacitante y por tanto podrían acceder a beneficios de ley, que comparte debería ser más discutido.

Finalmente el doctor Carlos Durán se refiere a otras propuestas que no tienen suficiente evidencia científica o significan un menoscabo de derechos, o no necesariamente recaen en otro ámbito por fuera del Código Orgánico de la Salud, por ejemplo el tema de los exámenes de tamizaje en grupos con menor riesgo o asintomáticos y está perfectamente demostrado que es inútil que desde corta edad tenga que la persona estar pendiente de los exámenes de sangre, radiografía entera y lo que hace es aumentar el estrés, aumenta los costos en salud y no contribuyen a que efectivamente se pueda prevenir una enfermedad o una potencial muerte en el futuro.

Por tanto, determinar con que frecuencia se efectúan los exámenes de tamizaje y que la empresa le haga cada año un seriado de exámenes no tiene ninguna evidencia científica considera que cada opción o cada diagnóstico tiene su propio tiempo, por lo que desde ahí se debería partir. Es contrario a exigir exámenes de tamizaje como requisito para contratar un seguro privado por lo que acaba de señalar. Sobre las políticas de inclusión laboral, estabilidad en el trabajo, líneas de crédito dedicadas considera que es materia de otra regulación, como lo son además los subsidios, las facilidades de transporte y la extensión de beneficios a la familia de la persona enferma, esto último le parece incluso que podría ser una medida inequitativa y discriminatoria, aunque esta de acuerdo que el cuidador principal asuma y tenga un beneficio puntual como el caso de la madre pero es muy diferente hablar de todo el entorno familiar que además resultaría muy complicado de cumplir.

Para concluir el Viceministro estima que algunos temas que podrían ser considerados como posibilidad de mejora real y certera en el Código, están primero según lo manifestado la condición discapacitante y el hecho de contar con una especie de carnet para la persona que sufre una enfermedad catastrófica, que personalmente lo califica de acertada, pero que debería ser suficientemente regulado de suerte que establezca en detalle los beneficios que de se está hablando, así como el tipo de prestaciones extras que se cubrirían con dicho carnet.

Respecto al bienestar psicológico de las personas con cáncer de disponer de atención de salud mental considera que debería ser mandatorio para el paciente y toda la familia y podría mejorarse el texto actual. Igualmente dice ser efectivamente positiva la alternativa de describir a la sociedad civil organizada y al voluntariado como parte del Sistema Nacional de Salud y estima que hay espacio para que este trabajo del voluntariado que es importante en territorio sea incluido en el COS.

Cierra su intervención señalando la necesidad de disponer de facilidades para que las personas puedan realizarse exámenes de tamizaje con la periodicidad y características determinadas con evidencia científica en un capítulo específico que hable de salud en el trabajo, como parte de algunos de los temas que potencialmente son susceptibles de mejora en el texto actual del COS.

El Presidente agradece la intervención del doctor Carlos Durán y presenta a la siguiente panelista, doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Oficina Regional en el Ecuador, que inicia saludando la invitación porque según expresa es muy importante para abordar el tema integral del cáncer que como se ha estado analizando por las cifras referidas en las anteriores presentaciones es una de las causas de morbilidad y mortalidad que se está incrementando, no solo en la región de América sino en el mundo pero que no hay que dejar de mirar también otras enfermedades que están presentes en el país, como las enfermedades transmisibles.

Reconoce y felicita el trabajo desplegado por la Comisión en la construcción del Código Orgánico de la Salud destacando que son cuatro países que recientemente están revisando sus leyes de salud y el Ecuador lo está haciendo de manera integral desde el 2012 vienen revisando más de cuarenta leyes para poder consolidarlo en un solo cuerpo normativo como e Código Orgánico de la Salud.

Recalca que en la propuesta del documento que está en revisión este momento sobre todo en el párrafo de atención integral sobre el cáncer se está planteando puntos relevantes para avanzar en esa atención integral, reconociendo a la Autoridad Sanitaria Nacional como entidad rectora de atención a esta enfermedad.

Presenta al Asesor de la Organización el Doctor Juan Vásquez para que resuma los puntos de vista institucionales para enriquecer el debate en este tema. Anuncia que el contenido de su presentación es definir una panorámica de lo que acontece con el cáncer en la Región de las Américas, la relación con enfermedades crónicas no transmisibles, el mandato de la OMS para la atención integral del cáncer y los desafíos hacia la salud universal en el tema del cáncer.

Ilustra las cifras que alcanzan una incidencia de la enfermedad de 2.9 millones de casos y 1.3 millones de muertes por esta causa. Los tipos de cáncer más frecuentes son de próstata, mama, pulmón, colo rectal y cervicouterino. En Ecuador, según datos del año 2015, los registros marcan la preminencia en estómago y mama en el caso de la mujer y próstata y estómago en el hombre. Destaca que en edad adulta el cáncer afecta más a la mujer con un promedio de inicio en cervicouterino y mama es a partir de los 48 años de edad.

Señala que en América Latina hay mayor incidencia de cáncer de estómago y cervicouterino que en América del Norte, esto habla de la detección tardía y manifiesta que la tendencia en los próximos 20 años es que aumentará el cáncer por el incremento poblacional, otro de los factores determinantes socio demográficos de la salud. Considera importante recordar ciertos conceptos relacionados con esta enfermedad y la relación en salud en general, en alusión al término AVAD que significa Años de Vida Ajustados por Discapacidad que no es otra cosa sino el *“Indicador que permite medir el número de años de vida sana perdidos, o años de vida ajustados en función de la discapacidad. Refleja el impacto de las muertes prematuras y los años de vida perdidos debido a la enfermedad y la discapacidad en la población”* y anota que un AVAD equivale a un año de vida sana perdido, lo que se traduce como la esperanza de vida al nacer de una persona es de 75 años en nuestro país, lo que se espera es que se llegue a esa edad, pero cuales son las causas para no completar la misma por enfermedad, por accidentes, por problemas de salud.

Para ampliar este concepto y mirar estadísticas comparadas muestra una lámina en la que se aprecia que es lo que pasa en cuanto a años de salud en América Latina y el Caribe. En Ecuador los años de vida ajustados por discapacidad en general registran un 17% de acuerdo con la segmentación establecida por la OPS para los cuatro niveles: a) enfermedades infecciosas, b) problemas de salud materno infantil y problemas nutricionales, c) enfermedades crónicas no transmisibles y d) enfermedades por salud mental. La tendencia en el país, como en el resto de la región con mayores porcentajes es exactamente la de enfermedades crónicas no transmisibles entre las que constan las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades crónicas respiratorias.

El otro concepto al que alude es “la enfermedad prematura” que ocurre entre 30 y 70 años, está relacionada con el anterior concepto, es decir porque las personas se mueren antes de lo que se esperaría. Los datos muestran el 52% de la población en América Latina y el Caribe mueren por causas de enfermedades crónicas no transmisibles y de este porcentaje el 27% de muertes es por cáncer, pero anota que todavía existe un alto porcentaje de muerte por enfermedades infecciosas, materno infantiles y desnutrición y también el tema de violencia y accidentes ocupan un lugar importante.

Las estadísticas muestran el comportamiento de la carga de enfermedades no transmisibles en la Región, donde el total de muertes es de 4.8 millones, de las cuales el 80% de todas las muertes son por esta causa y el cáncer ocupa el segundo lugar, porcentaje que se repite en el caso ecuatoriano, donde el total de muertes registradas en el año 2015, fue de 72.650, de las cuales 34.145 corresponden a muertes por enfermedades no transmisibles y de ellas 10.171, por cáncer.

Se refiere también a los factores de riesgo que ya fueron abordados en las presentaciones anteriores, ratificando que la ocurrencia de cáncer y otras enfermedades no transmisibles son el consumo del tabaco, la alimentación no saludable, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol,

además de los factores biológicos como la presión alta, sobrepeso y obesidad, la glucosa elevada, el colesterol elevado. Pero estamos hablando de factores de riesgo que son modificables sobre los que hay necesidad de trabajar que son susceptibles de prevenir en un porcentaje de hasta el 40% del apareamiento de cáncer, por lo que ratifica la importancia de las acciones encaminadas a la prevención como un trabajo multisectorial.

En tratándose de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles al año 2025, que busca en resumen reducir en un 25% la mortalidad prematura que ocurre entre 30 y 70 años y lo que se busca es que la población reduzca el consumo de sal en al menos un 30%, que se haga más actividad física, que deje de fumar, que no exista un consumo nocivo de alcohol, que detenga o prevenga la obesidad, controle la diabetes y otros factores de servicios de salud como el control de la hipertensión arterial.

Recuerda a la sala lo que dijo la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la prevención y control del cáncer en el año 2015, cuando instó a los Estados Miembros a abordar la atención integral del cáncer, con programas e intervenciones relevantes, que incluye: Promoción Prevención, Detección temprana, Tratamiento y Cuidados Paliativos, ratificando que en la atención del cáncer no debemos centrarnos en uno solo de esos capítulos sino en todos, como a su juicio se está normando en el Código Integral de la Salud y con leyes conexas complementarias que tienen que ver no exclusivamente con salud sino con la aplicación multisectorial de la misma.

Por el lado de la **“Promoción y Prevención”**, refiere a intervenciones definidas como evitar o reducir la exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, dietas poco saludables y contrarrestar la falta de ejercicio físico. Minimizar los carcinógenos, exposición a radiación, químicos, ambientales y laborales y cuidados de salud a través de una vacunación contra carcinógenos biológicos identificados como el virus del Papiloma Humano (que causa el cáncer cervicouterino) y de Hepatitis B ( que causa el cáncer hepático) y el helicobacterpylori que se relaciona con el cáncer de estómago que tiene incidencia grave.

En cuanto a **“Detección temprana”** asegura que es de suma importancia minimizar los estadios avanzados, si el cáncer se diagnostica en estadio in situ (nivel uno) tiene una alta probabilidad de curación total y lo importante es este tamizaje para cáncer cervicouterino de mama y colorrectal se enlace al tratamiento porque no se avanza nada si solo diagnosticamos y no enlazamos inmediatamente con el tratamiento. En consecuencia, la legislación en lo que al acceso universal a la salud se refiere, tiene que buscar que este enlace funcione.

Sobre la fase de **“Tratamiento”**, lo básico es que el acceso a toda persona que lo necesite y entramos al tema de que muchas veces las personas demandan de servicios de atención complejos y es cuando funciona la acción complementaria entre la Red Pública de Servicios con sus hospitales de alto nivel y la Red Complementaria como SOLCA u otros prestadores privados o públicos, lo cual incluye la radioterapia (diagnóstico con PST), modalidades innovativas de quimioterapia, cirugía muchas veces muy compleja y medicamentos.

Y el último tema de atención integral es el de **“Cuidados paliativos”** que busca una cobertura y acceso a medicina a toda la atención médica y cuidados paliativos que aquí se han mencionado. Apoyo y consejería en estados avanzados de la enfermedad. Protección social a la persona con cáncer, familia y cuidadores, sin descuidar el derecho a la vida digna y la calidad de vida hasta el final, porque estamos hablando de temas sociales que es parte de la atención de externalidades a la salud como parte de la atención integral que se ha comentado.

Los instrumentos para el cumplimiento del mandato de la Organización Mundial de la Salud son: **“Los programas nacionales de control de cáncer”**, hay una evaluación a nivel regional para determinar los países que cuentan con estas iniciativas plasmadas en políticas públicas y el avance de las mismas y cuantos otros están trabajando en ello. En el caso de Ecuador tenemos una estrategia de atención de cáncer que tiene que seguir siendo aplicada en base a una construcción conjunta entre los actores del sector público y privado con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública a los que se suman los actores de la sociedad civil, es decir hay el espacio para el desarrollo de una política pública de la sociedad en su conjunto.

**“Los registros poblacionales de cáncer”** y en general los sistemas de información, la vigilancia epidemiológica tiene que ser fortalecida y es algo en lo que está trabajando la Autoridad Sanitaria Nacional, el Ministerio de Salud Pública y otros actores porque reconocen su importancia. En enfermedades crónicas el problema empieza un día que puede ser a los 30 años y puede durar hasta que la persona fallece a los 75 u 80 años, es decir estamos hablando de períodos superiores a 30 años que el Sistema de Salud tiene que hacer el seguimiento, darle atención integral a esa persona, acompañamiento que refleje la atención total que se le ha otorgado al paciente.

**“Los sistemas de prevención y detección temprana”** es fundamental ligada al tratamiento, presupuesto y asignación de recursos que garantice el acceso al tratamiento integral del cáncer porque sabemos que esta enfermedad tiene costos elevados en el tratamiento, lo que se busca es que el costo para el paciente y la familia disminuya al máximo porque en América Latina y el Caribe este presupuesto familiar supera el 35% especialmente en el cáncer y en enfermedades catastróficas que es alto y que pone en riesgo la estabilidad económica de la familia.

**“Las estrategias para minimizar la ineficacia y desigualdad en los servicios”** que es algo que también ya se ha mencionado y que tiene que ver con inequidad y con que el país no solo tenga cobertura sino que tenga acceso y al tratamiento de salud.

Todo esto que se ha comentado está en la dirección de la salud universal, es decir que la legislación sea específicamente en el COS, en las leyes conexas que hablan de la protección social ayuden a que ninguna persona en el país se quede fuera del acceso a la cobertura de salud y buscar resultados más en la salud que en la enfermedad progresivamente. Hay que reconocer los avances que el país ha tenido en todos estos ámbitos lo que se busca es que estos procesos se robustezcan en función de las siguientes estrategias: Ampliar el acceso a los servicios, fortalecer la rectoría y la gobernanza, garantizar el financiamiento público y fortalecer la intersectorialidad por los determinantes de salud, que le parece está muy bien recogido por la Red de Acuerdo Contra el Cáncer.

El Presidente agradece a los doctores Gina Tambini y Juan Vásconez, por sus aportes e invita a los asambleístas miembros de la Comisión para que formulen sus preguntas a los expositores invitados, incluido el asambleísta Fernando Burbano que sin ser parte de la misma ha demostrado interés por los temas abordados en el Taller y al público en general.

Concede el uso de la palabra al Ing. Wilson Merino quien manifiesta que escuchando la intervención del señor Viceministro de Salud parecería que de las siete propuestas presentadas por Acuerdo Contra el Cáncer hay una visión concordante con cuatro de ellas y la necesidad de abonar mayor información en tres de las mismas, a las cuales sumariamente se referirá.

Sobre el tema de la inclusión de las **“licencias laborales especiales para madres de los niños con cáncer”** expresa que es un anhelo legítimo construido dentro del marco democrático y se puede avanzar, porque consideran que siendo apenas 600 o 700 casos de niños con cáncer, la afectación presupuestaria para el Estado resultará marginal comparada con el impacto social que implica para los beneficiarios, donde el 38% abandonan el tratamiento médico y finalmente mueren por una situación de pobreza. En este sentido comenta que esta iniciativa fue recogida por el Senado en México en base de la motivación presentada por su organización y cree que en el Ecuador, los asambleístas compartirán esta tesis porque hay un compromiso presidencial firmado por el licenciado Lenin Moreno en época de campaña.

En cuanto a la propuesta de incluir en el eje de transporte y movilidad **“tarifas diferenciadas para personas que están luchando con enfermedades catastróficas como el cáncer”**, señala que ya se han dado beneficios similares en materia de discapacidades con tarifas igualmente diferenciadas en el transporte, como no hacerlo para personas de dicho segmento social, donde se trata de crear las condiciones para que haya acceso a la atención de salud concentrada en las principales ciudades del país a donde tienen que trasladarse los pacientes. Explica que es necesario disminuir las barreras sociales y generar tarifas diferenciadas sobre todo para los que vienen de las provincias más alejadas de la región amazónica, de las fronteras norte y sur y añade

que es un anhelo de 160.000 ecuatorianos que han llegado a este espacio por vía democracia directa. Concuera con el señor Viceministro quien ha señalado que no es una responsabilidad del Ministerio de Salud velar por la integralidad de la familia, pero que es importante entender el rol del cuidador primario. De lo que se trata en el tema de enfermedades catastróficas es poder atenuar una situación injusta que vive el resto de la familia sobre todo los hermanos de los niños con cáncer que son maltratados, violentados, abusados sexualmente y corresponde dar una respuesta a la familia, que los hermanos vuelvan a las escuelas que no estén trabajando como lo hacen hasta el día de hoy estima que se puede llegar a un acuerdo, construir oportunidades para las familias.

Considera además importante crear un Código Orgánico de la Salud que permita ver a estos actores más frecuentemente y compartir las experiencias de cada uno de ellos y con la Comisión de los Determinantes Sociales que están planteando que sea parte del Sistema Nacional de Salud y añade que más halla de los diferentes impases que se han producido, considera que los derechos políticos para participar en el debate han sido respetados y mantiene el compromiso de seguir colaborando con todas las instituciones aquí representadas, no para vencer al cáncer desde la perspectiva médica, sino para construir oportunidades para que los ecuatorianos tengan acceso al derecho a la salud.

El Presidente informa que al finalizar esta sesión se producirá un evento de reconocimiento a la doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador OPS, por lo que invita a los presentes a acompañar a este acto.

Interviene la asambleísta Gabriela Rivadeneira quien agradece a los participantes, destaca el aporte de la OMS/OPS por los insumos recibido y encarece a la Presidencia que para una próxima comisión general especial se les pueda invitar nuevamente para ampliar la información sobre medidas recomendadas que son positivas desde la perspectiva del control del Estado y evitar el círculo vicioso que se genera alrededor de una enfermedad catastrófica, sea esta el cáncer u otras que se registran como problemas de salud en el país. Explica que la petición la formula en vista de que la semana pasada la Comisión recibió a un experto que motivaba la adopción de medidas impositivas calificadas como positivas para bajar ciertos consumos como el tabaco y el alcohol que están afectando la salud de los ecuatorianos.

Expresa su convencimiento respecto a que la problemática del cáncer debe ser tratado de manera integral y aspira que este Código abra la puerta pero en realidad es la política pública y por eso también las cifras e indicadores del Ministerio de Salud son importantes y ojalá el Estado pudiera contar con recursos suficientes para poder implementar medidas adecuadas hacia el paciente como a la familia que debe ir progresando esa atención integral y comenta como irónico que mientras se demanda más presupuestos para la salud, se haya perdonado millones de dólares a importadoras de licores deudoras del fisco que bien podrían haberse destinado para estos fines, de existir una política de Estado. Agradece además por los documentos entregados que sin duda permitirán retroalimentar el análisis, postura y debate de la Comisión.

Hace un paréntesis para no dejar pasar la oportunidad de formular una petición que asume será trasladada hacia la Presidencia de la Asamblea que si bien no tiene que ver con el tema convocado pero es un llamado de atención sobre la defensa de los derechos de las mujeres que propicia la Comisión y que deben respetar las Instituciones respecto al tiempo de lactancia. Alude a una denuncia en la Asamblea Nacional de una trabajadora que ha sido notificada con la terminación de su relación laboral estando dentro de su período de lactancia, lo cual califica como grave por vulnerar la garantía del derecho que tienen las mujeres en período de lactancia para mantener su estabilidad laboral.

Menciona finalmente que para ser más exactos en cada información que se proporciona o cuando se formule una propuesta estima que debe ser consistente no solamente al texto del tratamiento sino a toda la normativa vigente tanto a nivel constitucional como de leyes secundarias como es el Código de Ordenamiento Territorial que establece responsabilidades para los Gobiernos Autónomos Descentralizados y en función de eso los planteamientos sean coherentes con la legislación vigente. Expresa sus felicitaciones a doctora Gina Tambini, por estar cercana a los



temas de relevancia del país, la fase que concluye en Ecuador se mantendrá en donde el destino le ubique y reitera las felicitaciones por el trabajo realizado.

Se concede la palabra al asambleísta Juan Sebastián Palacios, quien menciona que es importante hacer una reflexión como Comisión de Salud en un tema tan sensible y complejo como es la enfermedad del cáncer cuyo futuro no es alentador si no se cambia el sistema, por tanto dice no se debería dar paso a que existan divisiones ni falta de coordinación entre las diferentes instituciones del país, se debe recibir las observaciones y tomarlas en cuenta en lo que sea pertinente dentro del Código Orgánico de la Salud de suerte que ese futuro no promisorio en la actualidad pueda revertirse. Destaca que se han presentado elementos y temas positivos que debieran analizarse porque abarca no solamente al paciente sino a la familia, como la licencia laboral, el transporte diferenciado, la investigación científica, la educación, pero también considerar la institucionalidad de SOLCA y sus aporte y menciona que no tiene que afectársela sino potenciarla e invita a los miembros de la Comisión para conscientemente revisar la iniciativa de Acuerdo Contra el Cáncer respetando los procedimientos legislativos dispuestos por el CAL respecto a tomar los insumos que correspondan e incorporarlos al COS, para lograr una verdadera coordinación que se traduzca en un documento que permita y contribuya a que esta enfermedad tenga un trato diferente.

Interviene el asambleísta Manuel Ochoa quien se suma a sus colegas en el agradecimiento a los expositores y subraya que como miembro de la Comisión de Salud no está únicamente interesado en combatir el cáncer, sino de manera general en la defensa de los derechos de la salud que entiende es el camino trazado y en el que están interesados todos los actores. Destaca el desarrollo de Taller como una demostración de puertas abiertas de la Comisión que se enriquece con los aportes recibidos.

Se concede la palabra al asambleísta Fernando Burbano que, sin ser miembro de la Comisión del Derecho a la Salud, felicita a sus integrantes por el trabajo realizado de manera participativa para la construcción de una Ley tan importante para el país. Y reflexiona en torno a que la lucha y el esfuerzo deber de la sociedad en su conjunto, con actores del sector pública y privado, con la asistencia de los especialistas y técnicos de los organismos internacionales, representantes de la sociedad civil y del gobierno, privilegiando aspectos como los tratados en este taller sobre la prevención, donde los Gobiernos Autónomos Descentralizados juegan un rol importante en la promoción de actividades deportivas, fortalecer procesos educativos, especialmente de concientización, en complementaria acción con la empresa privada para impulsar temas tan sensibles que afectan a la sociedad e importantes para brindar acceso universalidad a los que menos oportunidades tienen y dice compartir la tesis del asambleísta Sebastián Palacios respecto a la necesidad de realizar un trabajo coordinado e impulsar y apoyar estas iniciativas, hay que apoyar a SOLCA, a la academia y a las instituciones que están haciendo investigación y transferencia de tecnología, cree que es una obligación de la Asamblea tener una mirada y una solución integral al problema.

Interviene el Presidente para formular dos preguntas a los expositores representantes de la Organización Panamericana de la Salud:

- 1.- ¿Cuál es a nivel de la Región y en el mundo el mecanismo para cubrir el financiamiento de las enfermedades que tienen un alto costo como el cáncer?; y,
- 2.- ¿Cómo se maneja en la Región y en el mundo el financiamiento de tratamientos que no ofrecen reales expectativas de mejoría?

En respuesta el doctor Juan Vázcones, Asesor de la Organización Panamericana de la Salud, en el mismo orden de las inquietudes señala que en general lo que se busca es que las prestaciones que se definan en las coberturas y en los accesos que ofrecen los servicios de salud estén dentro de la posibilidad financiera de los Estados .

Lo que se busca es que las prestaciones sean explícitas en lo posible y que tengan una base en la evidencia, es decir si es que hay un tratamiento que está recomendado para alguna situación de



salud que es rara o es catastrófica y que está demostrada con evidencia científica que tiene un buen efecto terapéutico y una alta seguridad determinado por Comités de expertos a nivel mundial pues esas son las que se las expresa y constan como explícitas y se las financia, pese a ser costosas, estamos hablando por ejemplo de trasplante de órganos y tejidos a personas con limitaciones económicas y limitadas de salir adelante, por tanto se definen los niveles de prioridad determinado a nivel internacional y acogido por los Estados. Obviamente lo que se define a nivel internacional son recomendaciones de los mentados Comités de expertos que son recogidas por los países luego de un análisis internos de los mismos.

Lo que hace la Organización Mundial de la Salud y la OPS son recomendaciones que generalmente buscan acuerdos y consensos, lo que implica a veces situaciones sensibles respecto a determinar que se financia y que no se financia. En general lo que se busca es un abordaje desde la lógica de la salud pública de las intervenciones que son más costo-efectivas que tienen un verdadero efecto benéfico que tienen y resultados efectivos en la población, en eso es lo que se prioriza el gasto y se busca su orientación en salud.

Respecto de la pregunta dos, indica que siendo los recursos lamentablemente finitos y tener estas características, los Estados se ven en la disyuntiva de establecer prioridades y de tomar decisiones en función de las reales disponibilidades. La tendencia siempre es a buscar la salud universal, es decir que se garantice el financiamiento público a todos y a todo, en consecuencia hay recomendaciones y los Estados realizan sus análisis y priorizaciones propias.

La doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador OPS, reafirma lo mencionado por quien le antecedió en el uso de la palabra y señala que deja un documento aprobado el 28 de septiembre de 2016 por todos los países de la Región en relación con "**El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo**", aprobado en el marco de la 68ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, en el que se define que el acceso equitativo a los medicamentos y otras tecnología sanitarias es un requisito que se ciñe a los siguientes criterios: Figuran en una lista y han sido reconocidos y recomendados como se indicó por un comité o grupos de trabajo especializado de la OMS; están incluidos en los protocolos o algoritmos de diagnóstico y son sumamente eficaces para el tratamiento o la prevención de enfermedades.

El documento que hace entrega plantea líneas de acción a los países y estrategias y prioridades de salud y enfatiza en una de ellas que busca como punto dos que son las estrategias que mejoren la transparencia y los conocimientos para la adopción de decisiones de las prioridades en salud que deben ser sometidas a una evaluación rigurosa de acuerdo a la evidencia más sólida disponible.

El Presidente agradece por el documento que sin duda será analizado y aportará en gran medida al trabajo de la Comisión y concede la palabra al doctor Carlos Durán Vice Ministro de Salud quien interviene para matizar, según indica sobre el tema de licencias laborales para que no existan dudas respecto a lo expresado. Destaca que lo importante es que existe una oportunidad increíble de cruzar por ejemplo prácticas de prevención de cáncer con días libres o de mujeres que acudan a realizarse una citología del cuello uterino o papanicolau, al mejor estilo de países donde ya se han establecido un día libre para psicoprofilaxis del parto, por lo tanto menciona que lo planteado es que la legislación en salud debería ser cruzado con la legislación laboral para arribar a la mejor opción posible sobre la licencia laboral.

Sobre el tema de medidas impositiva manifiesta estar completamente de acuerdo con la mención aludida por la asambleísta Rivadeneira, porque en su opinión son de las medidas mas importantes que existen en política pública para disminuir el consumo nocivo de ciertos agentes como el tabaco y el alcohol.

Por razones de tiempo, el Presidente abre el diálogo circunscrito a dos preguntas del público para que respondan los panelistas.



La primera pregunta esta dirigida al Ing. Sixto Cuesta que dice: ¿Cree usted que SOLCA debe asumir todas las prestaciones para la atención del cáncer ? ¿Qué harán las otras instituciones?.

El Ing. Cuesta responde: De hecho SOLCA asume todas las prestaciones relacionadas con la atención del cáncer desde el punto de vista de sus competencias médicas. Sin embargo aclara que la institución va algunos pasos más allá, pues atiende temas educacionales en virtud de los convenios que mantiene con el Ministerio de Educación que implica que maestros acudan a SOLCA a dar clases sobre oncología pediátrica. Así mismo comenta que la Entidad tiene a lo largo del país albergues que amortiguan aquello comentado por Acuerdo Contra el Cáncer sobre los costos de movilización de los pacientes con cáncer la distancia que pueden significar barreras para ciertas familias que tienen que llevar a los pacientes de cáncer a tratamientos ambulatorios, distantes de sus lugares de residencia. En estos casos se atienden en los albergues de SOLCA cuyas prestaciones son económicas, que permiten calzar el costo del tratamiento con las capacidades del paciente para cuyo efecto interviene trabajo social y se establecen descuentos que van desde el 20% al 100%. Con lo cual queda demostrado que SOLCA asume prestaciones integrales de salud que va mucho más allá de lo médico.

La siguiente pregunta del público es para el Ing. Wilson Merino que dice: Luego de las presentaciones del IESS, MSP y OPS ¿Qué aspectos de su propuesta considera usted que no se han incorporado al Código Orgánico de la Salud?.

Respuesta: Ya lo mencioné dice que los 67 artículos de la iniciativa popular normativa se han sintetizado sintetizados en 7 fundamentales y considera que insistirán en las siguientes:

**La reforma laboral**, para lograr que se implemente la licencia laboral especial para cuidadores primarios de niños con cáncer.

**El cuidado de la familia**, para lo cual indica que la Comisión de los determinantes sociales podrá solventar esta necesidad.

**Las tarifas diferenciadas para las personas que vienen de las zonas rurales** es viable considerarlo en el Código Orgánico de la Salud puede general estas disposiciones modificatoria a otras leyes y menciona haber socializado este anhelo con varios Ministerios y señala contar con el apoyo de varios de ellos en función de un compromiso presidencia expuesto por el actual mandatario en época de campaña.

Interviene el Ing. Paúl Carrasco y se refiere a la alusión realizada por la asambleísta Gabriela Rivadeneira en torno al tema de los Gobiernos Autónomos Descentralizados y las competencias determinadas en el Código Orgánico de la Salud, que le parece bien y especifica que en los artículos 41, 60 y 104 hay un marco de competencias que deja claro los roles de los GAD en cuanto al ejercicio de las acciones necesarias para el control y vigilancia sanitaria, su contingente en la Red Integral de Salud y la promoción, sin embargo insiste en que es imperativo conocer la realidad del país contar con políticas públicas y comprender el alcance del concepto integral y dejar por sentado que si no aterriza la política pública en territorio no va a ver cambio en los indicadores y cree que lo que se dice en el texto, no ocurre en la realidad.

A manera de ilustración cita los casos de los Centros de Salud de la población de el Cabo, donde dice que hacen lo mismo con duplicación de funciones y prestación de servicios. Igualmente señala que para cubrir atenciones oncológicas en su jurisdicción, hay centros del IESS que no funciona los fines de semana, por lo que un paciente que requiere exámenes inmediatos no lo puede hacer. Añade que estos temas deben estar en conocimiento de los señores asambleístas pero que los actores en las provincias vemos la realidad en territorio, donde si usted pide una cita o análisis en el IESS debe regresar en tres meses.

Por tanto, en su opinión lo que corresponde hacer es descongestionar el modelo de atención pública establecido para que cada uno de los actores asuma el rol de acuerdo a sus competencias para ser mas eficiente en la atención y cree que si no se organiza esto vamos a seguir y que la ley

que se debate debe permitir organizar este problema para lograr en la práctica disminuir o prevenir lo que no está articulado desde la perspectiva de propuesta territorial.

El Presidente realiza algunas reflexiones en respuesta a la intervención precedente y parte por reiterar algo que lo ha dicho antes en el sentido de demostrar que este proyecto de Código Orgánico de la Salud se lo ha construido con la participación de miles de ecuatorianos, lo que ha determinado que el actual documento sea diferente al de origen.

Luego, sobre la afirmación del señor Prefecto del Azuay de que no existe diferencia entre el proyecto actual con el Código de 2001, explica que no existe Código de la Salud sino una Ley Orgánica de la Salud.

Entiende y le concede la razón a la autoridad Provincial en cuanto a la complejidad que entraña comprender como funciona el Sistema de Salud cuyo alcance no es el mismo que documento aprobado en julio de 2017 y agrega que en la última versión se establece con mayor amplitud quienes son los conformar la Red Integral de Salud, se establece como está conformado el Sistema de Salud, quienes son los integrantes del Consejo Nacional de Salud, pero además propone una acción intersectorial con el contingente privado que indica es parte del Comité Intersectorial, entonces cree que el proyecto si contempla claramente esta articulación para tener un sistema de salud que garantice todos los elementos comentados y alude que la dispersión de la legislación debe ser armonizada en el Código Orgánico de la Salud.

Concluye señalando que el trabajo de la Comisión que está integrada por representantes de diferentes provincias ha sido de puertas abiertas y que se han desplegado acciones en territorio para conocer de cerca la realidad y elaborar un cuerpo normativo que sea capaz de defender la salud de la comunidad y del pueblo ecuatoriano.

Para finalizar, agradece a los presentes e invitar al homenaje de reconocimiento por los aportes realizados y el acompañamiento técnico desplegado por la doctora Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador OPS y que inicia pronto un nuevo reto en la vecina Colombia con un rol similar al desplegado en nuestro País.

El Acuerdo Legislativo entregado a nombre de la Comisión, tiene fecha 10 de julio y en la parte resolutive reza:

*"Destacar el trabajo de la doctora Gina Tambini y agradecer su permanente contribución para la implementación de propuestas de gran impacto social que la identifican y comprometen en la imperativa misión de propiciar espacios y actividades conducentes al cambio y progreso de nuestros pueblos"*

La doctora Tambini expresa agradecimiento al ser honrada por ese reconocimiento que dice recibirlo con humildad en nombre del equipo de la OPS decidido a responder a las necesidades de la cooperación que le han sido planteadas. reconoce y felicita el trabajo desplegado por la Comisión velando por el ejercicio pleno del derecho a la salud en el territorio, que dice son el ejemplo porque al haber implementado el etiquetado y comprometerse con el convenio marco para el control del consumo del tabaco, están marcando tendencias y una ruta diferente en la Región.

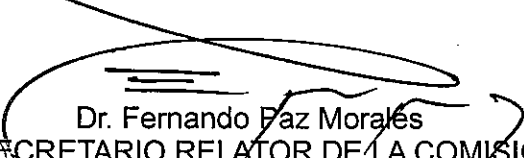
Siendo las diecinueve horas veinte (19:20) se suspende la sesión.

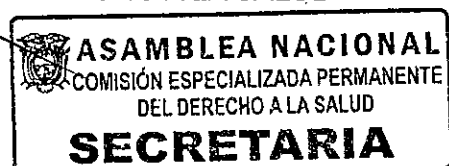
  
Dr. William A. Garzón Ricaurte  
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN  
DEL DERECHO A LA SALUD

2018-08-03  
CDS-FOPA

19



  
Dr. Fernando Paz Morales  
SECRETARIO RELATOR DE LA COMISIÓN  
DEL DERECHO A LA SALUD







**COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE  
DEL DERECHO A LA SALUD**

**ACTA RESUMEN DE SESIÓN ORDINARIA**

**NUMERO DE SESIÓN:** 242 Continuación

**FECHA:** Miércoles 11 de Julio del 2018

**HORA:** 16H00

**ASAMBLEÍSTAS QUE ASISTEN:** Ana Mercedes Galarza Añazco, William Antonio Garzón Ricaurte, José F. Ugarte Henríquez, Alterno de Patricia Ivonne Henríquez Jaime, Manuel Alfredo Ochoa Morante, Juan Sebastián Palacios, Gabriela Rivadeneira Burbano, Erika Poveda, Alternas de Blanca Poly Ugarte y Carlos Alfredo Vera Rodríguez.

**INVITADOS QUE ASISTEN:** Asambleísta Fernando Burbano, Decanos y sus delegados de las Facultades de Medicina de las Universidades: Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica, Universidad Tecnológica Equinoccial; personas de la sociedad civil que se encuentran presentes y medios de comunicación que cubren el Taller.

**COMISIÓN GENERAL:** Para recibir a los expositores: Dr. Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza del Ministerio de Salud Pública, delegado de la Ministra, Dra. Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador OPS, Dr. Juan Vásconez, Asesor para el control de enfermedades crónicas de OPS, Ing. Paúl Carrasco Carpio, Prefecto del Azuay, Dr. Andrés Sotomayor, Director del Seguro Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, Ing. Sixto Cuesta, representante de SOLCA, Ing. Wilson Merino de la Red de Acuerdo Contra el Cáncer.

**OBSERVACIONES – ACUERDOS:**

Se desarrolló el Taller “El cáncer en el Ecuador”, tema fundamental sobre una enfermedad que aqueja al pueblo ecuatoriano, cuyas conclusiones y recomendaciones sin duda permitirá recojer los aspectos más relevantes a ser considerados en el marco del Proyecto de Código Orgánico de la Salud.

La representante de OPS hace entrega del documento que plantea líneas de acción a los países y estrategias y prioridades de salud y enfatiza para la adopción de decisiones que deben ser sometidas a una evaluación rigurosa de acuerdo a la evidencia más sólida disponible.

Se entregó el Acuerdo Legislativo a nombre de la Comisión que, en la parte resolutive reza:

*“Destacar el trabajo de la doctora Gina Tambini y agradecer su permanente contribución para la implementación de propuestas de gran impacto social que la identifican y comprometen en la imperativa misión de propiciar espacios y actividades conducentes al cambio y progreso de nuestros pueblos”*

