

Pobreza, inequidad y cáncer

Poverty, inequality and cancer

Andrés Solidoro Santisteban¹

RESUMEN

El gran desafío del control del cáncer en el siglo XXI, es reducir la morbilidad y la mortalidad por este mal en los países en desarrollo, en opinión de líderes e instituciones científicas del mundo porque no es cierto que el cáncer es problema de los países desarrollados, y las infecciones de los países pobres. Más de la mitad de los 11 millones de casos de cáncer registrados el 2008, y dos terceras partes de los 7,6 millones de muertes por cáncer, ocurrieron en el llamado tercer mundo. El círculo vicioso de la inadecuada distribución de nuestros limitados recursos, con mayor inversión en tecnología de precios prohibitivos y resultados discutibles, en el tratamiento de cáncer avanzado, y poco o nada en programas de prevención, ha determinado que nuestras instituciones de nivel de excelencia, abrumadas por la demanda masiva de pacientes con cáncer avanzado y limitadas opciones de tratamiento, estén impedidas de dedicar tiempo y recursos para el desarrollo de planes integrales de control de cáncer de la población. Un país que tiene más de la mitad de la población urbana ubicada en los estratos socioeconómicos C y D, padeciendo la desigualdad en el acceso a los programas de control de cáncer, y que está invirtiendo su presupuesto en el tratamiento de una población con alta proporción de casos de cáncer avanzado, necesita un Plan Nacional realista de Cáncer que resuelva el dilema entre seguir invirtiendo sus limitados recursos en tratar cáncer avanzado o llevar programas de detección y prevención a los sectores mayoritarios que padecen la desigualdad en la atención.

Palabras clave: Detección precoz del cáncer, pobreza, factores socioeconómicos

ABSTRACT

The greatest challenge for cancer control in the 21st century is to reduce morbidity and mortality in developing countries, in opinion of a number of leading authorities and cancer institutions, because cancer control in developing countries lags behind that in affluent countries. Cancer is often considered to primarily affect people living in wealthy nations; this is a myth that needs to be corrected: six of the eleven million cases of cancer registered in 2008, and two thirds of the 7.6 million of cancer related deaths occur in developing countries, and over the next 10 years, 70 per cent of cancer cases will occur in the developing world. The vicious circle of the inefficiency in the use of our limited resources to treat advanced cancer patients, and not implement the relatively inexpensive measures to the prevention and early detection of cancer, ends with institutions with levels of excellence overwhelmed by the demand of attention for patients with advanced cancer and for other side countries with a high proportion of poor uneducated, people with limited or none access to the prevention and detection of curable precancerous conditions. A well integrated primary care system that can offer prevention and detection of precancerous conditions is the most efficient and cost-effective way of dealing with cancer and to prioritize when funding is limited.

Keyword: Early Detection of Cancer; poverty, socioeconomics factors.

EL CÁNCER, PROBLEMA DE SALUD DE LOS PAÍSES POBRES

El mito de que el cáncer es problema en los países desarrollados y las infecciones en los países pobres, ha sido desmentido por la cruda realidad de las cifras que Globalnet y la Agencia Internacional Contra el Cáncer publican desde hace unos 10 años. En efecto, según esa organización, de estos más de la mitad de los 11 millones de casos de cáncer que ocurrieron el año 2008 en todo el mundo, se registraron en los habitantes del tercer mundo, y dos terceras partes de los 7,6 millones de muertes por cáncer ocurrieron en los habitantes pobres de los países pobres. Y aún peor, los estimados dicen que, en los próximos diez años, el 70 por ciento de los casos de cáncer ocurrirán en los países en vías de desarrollo, y ahora mismo muchos países subdesarrollados están entre los 10 con tasas más elevadas por cáncer debido al abuso de alcohol y tabaco, a una dieta insalubre, al envejecimiento del estilo de vida y a la contaminación del medio¹. Cáncer fue la segunda causa más frecuente de muerte, y cáncer gástrico la primera causa de muerte por cáncer en el Perú el año 2000.

PERFIL DEL CÁNCER EN EL TERCER MUNDO

El perfil del cáncer en los países del Tercer Mundo es distinto al de los países desarrollados: más del 80 por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino, hepatocarcinoma y de cáncer del esófago, y más de las 2 terceras partes del total de casos de cáncer gástrico y de la cavidad oral, se registran en los países del tercer mundo. USA, paradigma del desarrollo, tiene un perfil diferente: cáncer de próstata, cáncer de la mama, cáncer de pulmón, cáncer de colon, cáncer de vejiga y melanoma constituyen dos terceras partes de todos sus casos; y al contrario, cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino, cáncer de esófago, cavidad oral y hepatoma están entre las menos frecuentes formas de cáncer en USA. En Lima, que no es el Perú, más de 40 por ciento de los casos de cáncer fueron del estómago, cuello uterino, mama, pulmón y hepatocarcinoma perfil que tiene más semejanzas con el tercero que con el primer mundo².

EL PROBLEMA DEL CÁNCER AVANZADO

Las tasas de sobrevida de los pacientes con cáncer en los países desarrollados son más altas que las de los del tercer mundo, pero estas diferencias no se deben solamente a la solvencia económica de estos países; la verdadera

¹ Médico Cirujano Oncólogo. Instituto Oncológico de Lima, Perú. Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano a la solvencia Heredia, Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú

explicación está en la eficiencia de sus sistemas de salud que han logrado la reducción de los porcentajes de casos de cáncer avanzado incurable. En efecto, de acuerdo al registro de cáncer americano SEER sólo la quinta parte de casos de cáncer en ese país se encuentra en estado avanzado al diagnóstico siendo el 80% estadios 0, I o II, mientras que en los países en vías de desarrollo como el Perú, la gran mayoría de casos de cáncer de estómago, cuello uterino, pulmón, mama tienen enfermedad avanzada³. El cáncer avanzado tiene pronóstico ominoso y demanda mayores recursos en consultas, exámenes auxiliares, hospitalización y costosos medicamentos; por consiguiente los países en vías de desarrollo deben invertir más recursos para obtener resultados menos favorables; dos terceras partes de los 6 200 casos de cáncer gástrico del registro hospitalario del INEN tenía cáncer avanzado inoperable e incurable⁴.

MORBILIDAD ECONÓMICA DEL CÁNCER

El cáncer tiene el más devastador impacto económico de todas las causas de muerte, incluso mayor que la enfermedad cardiovascular; “el costo anual de los cuidados médicos de los pacientes con cáncer en USA excede los 60 billones de dólares. El costo promedio mensual de los cuidados médicos directos de un paciente con cáncer fue de \$ 3 900 y el gasto total promedio durante el periodo del estudio fué \$ 50 000 “por paciente”⁵. El peso de la carga económica del cuidado del cáncer en los países en desarrollo es desproporcionado aún para una economía precaria, motivo de preocupación para los oncólogos que ven cómo un tratamiento promedio está lejos de los recursos financieros de una familia, y para los administradores de salud obligados a hacer priorizaciones en el gasto de los magros presupuestos dedicados al cuidado de la salud.

EL CÁNCER LIGADO A LA POBREZA

El cáncer y especialmente algunas formas de cáncer, están estrechamente ligados a la pobreza; la mortalidad por cáncer gástrico, cáncer de cervix y cáncer de pulmón es varias veces mayor en hombres y mujeres de los estratos sociales IV y V que en los de la clase media⁶. El caso del cáncer de cuello uterino es un ejemplo de este drama epidemiológico; las más elevadas tasas de mortalidad por cáncer de cervix se registran en los países más pobres del universo; el mapa de la distribución geográfica del cáncer de cuello uterino se superpone al mapa de la pobreza: Zambia, Tanzania, Malawi, Zimbawe y otros más del Africa Oriental⁷; en el Caribe y Sud-América el drama se repite: los países con la más elevada tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino – Haití, Bolivia, Paraguay, Perú, Nicaragua y El Salvador- son los que tienen el PBI per cápita más bajo⁸. Unos 10 mil casos de cáncer cérvico-uterino ocurren anualmente en nuestro país en los 7,5 millones de peruanas mayores de 20 años; estadísticamente, la carga está desigualmente distribuida, y 7 a 7,5 de los 10 mil casos afectan a los 4 millones de mujeres de los estratos socioeconómicos D y E mayores de 20 años, que es el que tiene menos acceso a los programas de control de cáncer.

La figura también se repite en Lima Metropolitana; acá el Registro de Cáncer 1990-1997 encontró las más altas tasas poblacionales de cáncer cérvico-uterino- entre 29,9 y 39,6 por 100 000 - en los distritos de El Agustino, Villa El Salvador, Comas, Villa María del Triunfo, Carabayllo, San Juan De Lurigancho, en los que entre 48 y 59 por ciento de hogares tienen un nivel socioeconómico Bajo Inferior y Marginal⁹. En el Registro de Cáncer de Trujillo 1996-2002, Albújar y cols. encontraron que el cáncer de cervix ocupaba el primer lugar en frecuencia con una tasa tan elevada como 43,2 por cien mil¹⁰. La población “blanco”, objetivo que es urgente someter a tamizaje para cáncer de útero está claramente identificada y la tecnología está disponible, así como la metodología¹¹ faltando solo la decisión política para su implementación.

EL DILEMA TRATAMIENTO VS PREVENCIÓN

El Control del Cáncer en los países pobres sigue atrapado en el círculo vicioso de la escasez de los recursos y el mayor gasto en el tratamiento, en desmedro de la prevención¹². Las instituciones de cáncer de nivel de excelencia de los países en vías de desarrollo concentran sus mayores esfuerzos en ofrecer procedimientos de alta cirugía, radioterapia con máquinas de última generación y algoritmos de quimioterapia de precios prohibitivos y resultados discutibles de uso en países desarrollados; este mayor énfasis en la provisión de servicios a los pacientes que acuden al centro hace que una masa abrumadora de pacientes con cáncer avanzado y con limitadas opciones de tratamiento copen estas instituciones y le impidan dedicar tiempo y recursos para el desarrollo de planes integrales de control de cáncer en la población. La falta de recursos también condiciona una serie de problemas estructurales como la elevada proporción de personas pobres, de gente no educada y la falta de información estadística que permita identificar a las poblaciones “blanco” para los programas de prevención y detección.

Un millón de casos nuevos de cáncer gástrico se diagnostican anualmente en el mundo y 70 por ciento se presentan en los países en vías de desarrollo; el Perú tiene una de las tasas de incidencia más altas en América Latina¹³. En los países desarrollados, especialmente en USA, se ha registrado una marcada disminución en la incidencia de cáncer gástrico, que ocupa ahora los últimos lugares en frecuencia; este fenómeno coincide con las mejoras sanitarias en la higiene y conservación de alimentos, el uso de la refrigeración y el menor uso del salado y ahumado, así como la reducción de la contaminación por *Helicobacter pylori*. El Japón, con la más alta incidencia de cáncer gástrico emprendió hace más de 30 años la tarea gigante y costosa del diagnóstico precoz haciendo tamizaje radiológico, serológico y endoscópico: la detección de casos con enfermedad superficial, curables, ha mejorado sus índices de sobrevivencia, pero los expertos sostienen que el cambio en los métodos de conservación de alimentos, privilegiando la refrigeración, ya permite advertir la disminución de casos nuevos de cáncer gástrico en su población. La implementación realista de ambas estrategias

tomando como “target” al segmento desfavorecido de nuestra población sería al mismo tiempo una inversión para el desarrollo y una muestra de equidad.

El más grande desafío para el control del cáncer en el siglo veintiuno es la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer en los países en vías de desarrollo, “ han expresado líderes de opinión y prestigiosas autoridades de la salud mundial, porque el control del cáncer en los países del tercer mundo está muy rezagado comparado con lo logrado por los países afluentes. Se ha dicho también que la mera aplicación del conocimiento científico obtenido por los países industrializados en los países del tercer mundo, no ha resuelto y no va a resolver los problemas del cáncer de países no-industrializados. Nadie podría negar que esta práctica simplista y gastadora salva la vida de muchos pacientes con cáncer, pero desafortunadamente la solución del problema del cáncer en los países no es tan sencilla. La gente más pobre, sobre la que recae el mayor peso de la carga de cáncer de los países de bajos recursos, es también la que tiene menos acceso a los servicios de salud, y lo más alarmante es que reciben la porción más pequeña del gasto público de los servicios de salud en cáncer. Es sabido que la mala distribución de los recursos es un problema crónico en el mundo, pero el problema es mucho mayor en los países con recursos limitados en los que la ignorancia y la falta de comunicación contribuyen al menor acceso de esta población a los servicios de salud.

PROGRAMA DE CÁNCER CURABLE Y DETECCIÓN TEMPRANA

Un Programa de Cáncer Curable y de Detección Temprana son dos de los temas que la OMS recomienda priorizar en los Sistemas de Cáncer de los países en vías de desarrollo, y no hay duda de que esta acción podría resolver el problema del cáncer de cuello uterino en el Perú en un plazo no mayor de 20 años. La tarea de detectar las lesiones precursoras del cáncer de cérvix y curarlas antes de ser invasoras, debería privilegiar a los 4 millones de mujeres pobres mayores de 20 años de edad de nuestro país, porque veinte mil de ellas tienen lesiones precursoras con alto riesgo de convertirse en cáncer invasor. Estas lesiones curables pueden ser detectadas practicando el tamizaje por Papanicolaou en la población en riesgo y luego ser curadas mediante procedimientos de cirugía menor. Nuestros expertos han confeccionado manuales de procedimiento y la tecnología ha sido implementada e incorporada a la práctica diaria por nuestros especialistas. Sólo falta la decisión política de hacerla accesible a esa población desfavorecida y en riesgo, llevando el control del cáncer cervicouterino a una red que tenga como base a todos los centros de atención primaria de la salud, practicando así una verdadera descentralización.

Nuestro problema Cáncer de Mama también amerita una solución realista, porque ni tiene la magnitud (200 mil casos anuales), ni la severidad del problema (incidencia 100: 100,000) ni podríamos financiar un tamizaje de esa intensidad (10,000 centros, 30 millones de mamografías, 3 billones de dólares anuales) como hacen los US de América. Está fuera de discusión que la mamografía es el único método de diagnóstico precoz de cáncer mamario; las lesiones de menos de 10 mm son curables, pero es imposible diagnosticarlas sólo por examen clínico. El presupuesto de un programa de tamizaje por mamografía a la población de 2,5 millones de mujeres mayores de 40 años de edad costaría S/. 500 millones y si se dirige al grupo de los 1,5 millones de mujeres mayores de 50, el costo sería S/. 300 millones anuales. Un programa de tamizaje por mamografía por cáncer de mama no es realista por su costo elevado; sin embargo la *US Preventive Services Task Force* ha propuesto mamografía bianual después de los 50, hasta los 70, y previa determinación del riesgo de cáncer de mama tomando en cuenta los factores conocidos de riesgo¹⁴⁻¹⁵, que podría ser adaptado a la realidad económica de nuestros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin, Donald M. The Burden of Cancer in the Developing World, 2002. ASCO 2005 Educational Book: 702-718.
2. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990-1993; 1993-1997. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990-1993; 1993-1997.
3. León A. L., Cáceres G E et al. Manejo de la Axila en Cáncer de Mama Precoz. Acta Cáncerológica 1,999 ; XXIX : 9-25
4. Eloy Ruiz y Fernando Barreda, Cáncer Gástrico en INEN en Cáncer Gástrico, E. Ruiz, Ed Concytec 2010; pp 42-52
5. Stella Chang et al. J.Clin.Oncol. 2004;22: 3524-3530.
6. Joan Austoker. Brish Medical Journal 1994; 308:1415-1420.
7. Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y2002, IARC, Lyon.
8. Lewis, Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC (OPS/OMS) 2004.
9. CPI Estudio de Población por Nivel Socio-económico. so10.
10. Trujillo Cancer Registry: El Cáncer en Trujillo 1991-1995 - Incidencia y Mortalidad. ed Albújar PF. Informe 3. Octubre 2002.
11. Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, MINSA, 2000.
12. Ian Magrath : Breaking the Vicious Cycle that Hinders Cancer Control in Developing Countries. S,Cavalli F, Pannuti F(Eds) Springer, 2004.
13. Maribel Almonte y A. Castañón. Epidemiología del Cáncer Gástrico: en Cáncer Gástrico. Eloy Ruiz Ed Concytec 17-42; 2010.
15. M.Alexander Director Preventive Medicine, Johns Hopkins School of Public Health. Guidelines on Screening Mamography, 2009.