

Conferencias

Medwave. Año X, No. 9, Octubre 2010. Open Access, Creative Commons.

Definición de prioridades para una efectiva asignación de recursos de países en desarrollo

Expositor: Benjamin O. Anderson⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Chair and Director Breast Health Global Initiative Fred Hutchinson Cancer Research Center. Professor of Surgery & Global Health Medicine University of Washington.

doi: 10.5867/medwave.2010.09.4770

Ficha del Artículo

Citación: Anderson BO. Definición de prioridades para una efectiva asignación de recursos de países en desarrollo. *Medwave*. 2010;10(9). doi: 10.5867/medwave.2010.09.4770

Fecha de publicación: 1/10/2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el III Consenso Nacional de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama, realizado en Coquimbo entre los días 26 y 28 de agosto de 2009. El consenso fue organizado por la Sociedad Chilena de Mastología bajo la presidencia de la Dra. Soledad Torres.

Introducción

Este artículo tratará, entre otras cosas, de las experiencias de un país que presenta una significativa menor cantidad de recursos comparado con aquellos disponibles actualmente en Chile, debido a que existen valiosas lecciones que podemos obtener de estas experiencias. Este país es Ghana, ubicado en el Oeste de África. Esta presentación se referirá a 4 grandes temas: cáncer de mama en Ghana, el rol de propugnación, modelamiento económico y finalmente recomendaciones para Chile en esta materia.

Cáncer de mama en Ghana

La Iniciativa Global de la Salud de la Mama (*Breast Health Global Initiative*, BHGI), se involucró en este tema en Ghana, porque después de la Primera Cumbre Global, algunos de los presentadores concordaron en que ciertos países tienen realidades tan precarias, que el cáncer mamario simplemente no era considerado un problema prioritario ni significativo para ellos.

Esta apreciación, precisamente por ser verdadera, obligó a la BHGI a hacerse la siguiente pregunta: ¿hasta qué punto los recursos son tan limitados y las necesidades de la población tan imperiosas, que deja de tener sentido la creación de programas de cáncer mamario? En relación a lo anterior realizamos un análisis de la situación en Ghana en octubre del año 2004.

Como muestra la **Fig. 1**, Ghana es una ex colonia británica con 20 millones de habitantes, dos tercios de esta población vive en zonas rurales, las tasas de alfabetización son altas, pero la expectativa de vida,

según la definición dada para países de bajos ingresos por el Banco Mundial, no supera los sesenta años de edad. Por otro lado solo un 3,6% de la población es VIH positivo (portador del virus de la inmunodeficiencia humana), lo que en el contexto de África corresponde a una cifra baja.



Fig. 1. Mapa de África donde se destaca la ubicación de Ghana.

Ghana representa un ejemplo de éxito económico en el contexto de África, teniendo además un sistema democrático estable durante un largo plazo de tiempo, de modo que se encuentran progresando de forma rápida.

A continuación, en la **Fig. 2**, se puede apreciar una imagen del hospital docente Komfo Anokye, uno de los

dos hospitales docentes en Ghana, que se encuentra en la segunda ciudad más grande de ese país, Kumasi. Es un hospital de 1000 camas y cuenta con escuelas de medicina, odontología y enfermería. La clínica de mamas se abrió en 2003. Las mujeres llegan aproximadamente a las 8 AM y permanecen hasta el cierre, a las 15 horas.



Figura 2. Frontis del hospital docente de Komfo Anokye, en Ghana.

En las imágenes de la **Fig. 3**, es posible apreciar a pacientes con cáncer de mama. La primera paciente (imagen superior izquierda) corresponde a una mujer que tiene un cáncer en su mama izquierda presentando una masa palpable de aproximadamente 10 cm de diámetro. Inmediatamente al lado derecho de la imagen anterior se aprecia una deformidad evidente de la mama que resulta visible a distancia. La imagen inferior izquierda resultó ser lo más común entre las presentaciones clínicas pesquiasadas, correspondiendo a heridas abiertas y ulceradas, que en el mejor de los casos solamente se podían tratar con cuidados locales paliativos. En la imagen inferior derecha se muestra una mujer que fue sometida a una mastectomía terapéutica y luego presentó una recurrencia axilar.



Figura 3. Imágenes de mujeres con cáncer de mama al momento del diagnóstico.

Al ver estas impactantes imágenes la pregunta inevitable es: ¿por qué las mujeres no consultan por ayuda médica antes? Al encuestarlas se encuentra que hay una serie de creencias populares que son obstáculos para hacer más precoces sus visitas a los centros de salud. Dentro de estas apreciaciones podemos comentar que comúnmente se cree que el cáncer es invariablemente fatal, en especial el cáncer de mama, por lo que muchas pacientes piensan, ¿qué sentido tendría ir al hospital a consultar por una patología que va a causar la muerte de todos modos? También se detectó que muchas mujeres sienten vergüenza, pues piensan que el cáncer de mama se relaciona a conductas como permitir a sus parejas sexuales tener contacto oral con sus aréolas y pezones, si ellas mismas visten ropa sucia o incluso si colocan dinero en su sostén (prenda de vestir interior que usan las mujeres para ceñir el pecho, RAE). Otra situación esgrimida por las pacientes dice relación con que, ¿para qué acudir al hospital si te van a extraer la mama y de igual modo fallecerás en dos años?

Lamentablemente, por la disfuncionalidad del sistema, esta última opinión se convirtió en una realidad generalizada. Esto ocurría porque las mujeres que acudían al centro de salud correspondiente, eran evaluadas por un cirujano, quien usualmente les practicaba una mastectomía. Pero a su vez las pacientes no recibían radioterapia ni quimioterapia complementarias, debido a que la comprensión de la naturaleza multidisciplinaria del tratamiento del cáncer de mama era limitada. Más aun, si bien es cierto que en un cáncer localmente avanzado se lleva a cabo una mastectomía, si no se asocia ninguna otra terapia, no se tendrá un impacto en la sobrevida. Por lo tanto, usualmente las mujeres con cáncer de mama eran sometidas a mastectomías y fallecían a causa de su enfermedad. Esta es una de las razones por la que es necesario ser más sistemáticos en abordar el tema del tratamiento.

En resumen, los cánceres de mama en Ghana eran diagnosticados predominantemente en estadios avanzados, la mastectomía se llevaba a cabo sin tratamiento sistémico y además, debido a que había un solo patólogo para un hospital de 1.000 camas que también tenía la responsabilidad de ejercer docencia en las facultades de medicina, odontología y enfermería, la confección de informes histopatológicos de las muestras de biopsia de mama se demoraba entre cuatro y seis meses a raíz del escaso tiempo que tenía disponible. La pregunta que surge de esta realidad es, ¿cómo podemos compatibilizar las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama con la realidad de lo que podemos hacer?

A continuación se dará un ejemplo de cómo se pueden llegar a concretar soluciones que son bastante eficaces y no tan costosas. En Ghana lo que hicieron fue crear un programa de formación académica para patólogos y técnicos en patología, mediante una pasantía en Noruega, teniendo ésta una duración de 14 meses al cabo de lo cual pudieron implementar un laboratorio de anatomía patológica funcionando al 100%, logrando tener las

condiciones de proveer informes histopatológicos en menos de una semana desde la biopsia y cirugía (1).

En el gráfico de la **Fig. 4**, se puede apreciar información respecto de la etapa de presentación del cáncer de mamas en mujeres que se atendían en el hospital docente Komfo Anokye. En el primer período, que corresponde a información recabada entre julio de 2004 y diciembre de 2006, se aprecia que la gran mayoría de las pacientes se estaban presentando con cánceres en etapa T4 (cáncer de mama avanzado o metastásico, compromete ganglios linfáticos y/o órganos blanco, independiente del tamaño local de la lesión). Esta tendencia se repite en el análisis del período enero de 2007 a junio de 2009, que se muestra inmediatamente después en la **Fig. 5** (2).

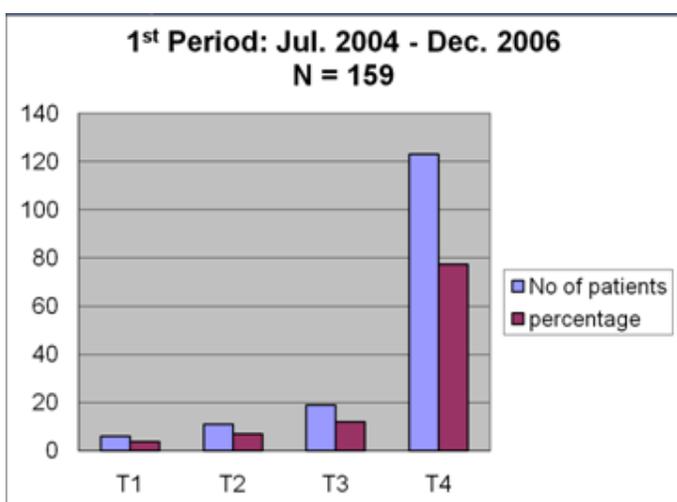


Figura 4. Etapa de presentación de cáncer de mama 2004-2006.

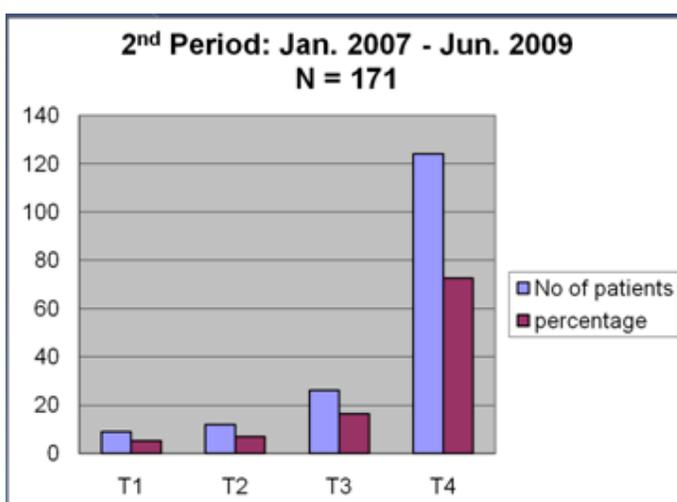


Figura 5. Etapa de presentación de cáncer de mama 2007-2009.

En resumen, los profesionales antes mencionados se formaron, instalaron la clínica, contaban con un laboratorio de histopatología bien equipado, y tres años más tarde la etapa de presentación de cáncer de mama en las pacientes se mantenía inalterada. No hubo diferencias y las mujeres todavía seguían viniendo con una enfermedad localmente avanzada. Por ende cuando hablamos desde un punto de vista médico sobre qué es lo necesitamos hacer, tenemos que recordar que las mujeres deben ser participantes activas en este proceso. En Ghana es ser líderes femeninas que representen a las pacientes para que sus voces puedan ser oídas. Lo anterior se conoce como *role of advocacy* o, como se ha dado llamar, de "abogacía", la defensa de una postura o idea que se juzga conveniente.

Abogacía

El análisis de situación realizado en el año 2004 fue repetido en el año 2008, donde se contó con el apoyo de grupos de abogacía, que respaldaron estos esfuerzos.



Figura 6. Participantes de la delegación internacional que visitó Ghana en el año 2008.

En la **Fig. 6** se puede apreciar a integrantes de la delegación que visitó Ghana en octubre del año 2008. En la zona central del grupo, se ubican los representantes de "Komen for the Cure", conocido de forma previa como la fundación Komen. Ellos recaudaron fondos a través de una iniciativa llamada "Race for the Cure" para apoyar esfuerzos en la prevención del cáncer mamario y también apoyar a comunidades subatendidas, en la obtención de mamografías y exámenes de mama precoces. Quiénes participaron del segundo estudio en Ghana realizaron además una marcha masiva para promover conciencia sobre la relevancia del cáncer mamario (véase **Fig. 7**).



Figura 7. Marcha para promover conocimientos, diagnóstico y cuidados del cáncer de mama.

Las imágenes de la **Fig. 7** corresponden a la tercera marcha realizada en relación al cáncer de mama, y en ella se puede apreciar a muchas personas caminando por las calles y hablando acerca del cáncer mamario, una situación considerada verdaderamente imposible en el año 2004. La estrategia de comunicación acerca de la enfermedad fue excelente. En la imagen inferior izquierda se puede ver al Dr. Awuah, quien está hablando al grupo en esta campaña, respecto de tomar conciencia de lo que significaba el cáncer mamario, promoviendo además la importancia de la detección precoz de éste.

Con una particular importancia en concretar todo este cambio, está la conformación de la Alianza del Cáncer Mamario en Ghana (*Ghana Breast Cancer Alliance, GBCA*), siendo ésta una entidad que agrupaba a diversos profesionales y organizaciones relacionadas con el desafío de combatir al cáncer de mama, haciendo una mixtura entre diferentes terapeutas, organizaciones médicas y grupos de abogacía, todos con base en Ghana (**Fig. 8**).

Por otro lado usando la iniciativa *Hopexchange* (Esperanza de Cambio), un instituto de entrenamiento profesional y sus instalaciones de enseñanza, se está iniciando el funcionamiento de laboratorios de aprendizaje enfocados en la detección, diagnóstico y tratamiento tempranos del cáncer de mama, con base en guías clínicas mundialmente conocidas. Asimismo la estrategia es complementada con la visita de facultades de medicina internacionales para que, mediante utilización de metodología de investigación, puedan desarrollar programas educacionales que después se puedan evaluar en relación a mejorar resultados a corto, mediano y largo plazo.



Figura 8. Reunión de la Alianza para el cáncer de mama en Ghana (*Ghana Breast Cancer Alliance, GBCA*).

Cabe mencionar que se dispone de información que demuestre de forma fehaciente que el autoexamen o el examen clínico mamario incrementa la sobrevida, pero tampoco se tiene información que compruebe su total ineficacia. En relación a esto existe un estudio de autoexamen realizado en Shanghái y liderado por el Dr. David Thomas, en el que con distribución aleatoria se enseñó a mujeres cómo realizar de forma cuidadosa un autoexamen mamario, mientras que al grupo control no se les enseñó ninguna técnica especial. Como resultado se observó que no había un beneficio en la sobrevivencia, pero el tamaño tumoral promedio de detección resultó ser menor a dos centímetros (3).

El punto es que si se quiere mejorar los resultados relativos al cáncer mamario probablemente el enseñarle a las mujeres como hacerse el auto examen no mejorará los resultados pero de ningún modo se recomendaría quitar el autoexamen o el examen clínico de la mama; de hecho, el hallazgo más temprano de cánceres es de gran ayuda. Volviendo al caso de las pacientes con cánceres de mama que consultaban en Ghana, la detección en un tamaño pequeño e información adecuada habrían cambiado mucho las cosas. Mirando de forma retrospectiva el estudio, tal vez se debió haber llevado a cabo en la India, donde el promedio del tamaño tumoral de detección es de 5 a 6 cm.

¿Hacia dónde se dirige actualmente Ghana? Se está desarrollando un curso que está enfocado en las necesidades de los ghaneses, siendo el primero de éstos programado para enero del 2010 en Kumasi. De forma adicional, el Colegio de Terapeutas y Cirujanos de Ghana ha solicitado colaboración para desarrollar un curso para la certificación de cirujanos de mama en el país, siendo esta una oportunidad maravillosa para el futuro del tratamiento del cáncer de mama en Ghana.

Modelamiento económico

Habiendo revisado el ejemplo anterior, de un país que presenta mayores limitaciones de las que se ven en Chile, ¿qué se debería hacer localmente? Es muy convincente pensar que si no se reduce la etapificación de la enfermedad, será muy difícil mejorar los resultados. En Chile ya se están proveyendo cuidados excelentes, por lo que en cuanto al nivel de tratamiento se está en un muy buen estado, debatiéndose además tópicos de alto nivel. En este contexto una pregunta importante sería, ¿qué ocurre con las personas que tienen imposibilidad de costear el tamizaje?

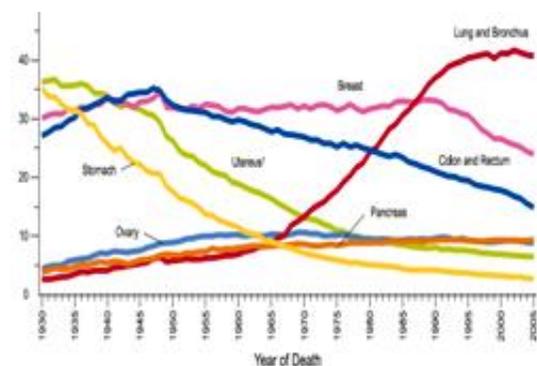


Figura 9. Gráficos que comparan curvas de tasas de mortalidad por cáncer de mama entre Chile y los Estados Unidos de América.

La mortalidad por cáncer de mama todavía no se ha desplazado en Chile, pero sí en los Estados Unidos, América del Norte y Europa, por lo que se puede inferir que existen ciertas mejoras posibles de realizar aún (**Fig. 9**).

En el gráfico anterior se aprecia la mortalidad por cáncer de mama en Chile, donde existe un adecuado examen clínico, y donde ciertamente en el sistema privado se están haciendo mamografías oportunas y se ha discutido acerca de cuándo comenzar a realizarlas. De todos modos las grandes preguntas país en este tema deberían ser:

- ¿Se debería recomendar la mamografía de tamizaje para el público general?
- ¿Se debería llevar a cabo en el sistema público y no sólo en el sistema privado?
- ¿En quiénes se debería llevar a cabo?

En la **Fig. 10** se aprecia una comparación entre los estadios diagnósticos de cáncer de mama, pudiendo apreciarse África/Asia en rojo, comparado con América del Norte, en amarillo.

En África y Asia, donde no se hace *screening*, se aprecia que la mayoría de los pacientes se presentan con cánceres de mama en etapa 3 o etapa 4, mientras que en Norteamérica, donde sí se hace *screening*, se presentan en etapas 1 o 2. Se utilizó la información para obtener una medida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, correspondiendo a una manera estándar de analizar los años de sobrevivencia ajustados por calidad de vida, que surgen como consecuencia del tratamiento (4).

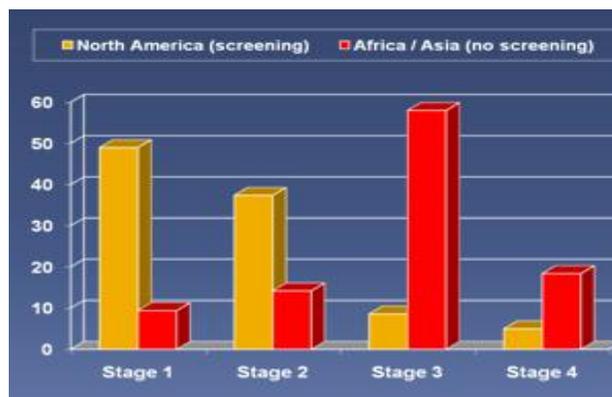


Figura 10. Gráfico que compara estadios diagnósticos de cáncer de mama entre Norteamérica y África/Asia (4).

En la **Fig. 11** se puede apreciar que en África, en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad por paciente salvado, lo que se puede hacer en la etapa 4 de tipificación, lamentablemente, es mínimo. Por ende cuando se considera el gasto por paciente, obviamente se gasta mucho más dinero tratando pacientes con enfermedad localmente avanzada y metastásica comparado con pacientes diagnosticados en etapas tempranas (4).

Si se considera esta enfermedad en etapa avanzada y se observa el promedio de los resultados globales de los pacientes tratados, se puede apreciar que sobreviven un poco menos de 4 años de vida ajustados en función de la discapacidad, teniéndose por persona un costo calculado de 159 dólares/día. En contraste cuando uno reduce la tipificación de la enfermedad (y éste fue un cuidadoso modelo en que se analizó la introducción de mamografía anual) la sobrevivencia sobrepasó los 16 años, siendo más de una década de vida de diferencia que se está salvando, y con un costo por persona que desciende a 75 dólares/día (4).

Region and intervention	No. of patients treated	Total DALYs averted (in thousands)	DALYs averted per patient	Costs per treated patient 2000 U.S.\$	CER (2000 U.S.\$ per DALY averted)	
					Average ^a	Incremental ^b
Africa						
Stage I treatment	37,277	873	23.41	1829	78	NA
Stage II treatment	55,955	231	4.13	1342	324	NA
Stage III treatment	228,914	399	1.74	679	389	NA
Stage IV treatment	72,738	14	0.19	959	4966	NA
Treatment all stages	394,884	1490	3.77	602	159	NA
Extensive program	394,884	6374	16.14	1208	75	75
North America						
Stage I treatment	161,558	1979	12.25	24,008	1960	NA
Stage II treatment	242,507	542	2.24	18,304	8187	NA
Stage III treatment	992,107	1587	1.60	10,475	6549	NA
Stage IV treatment	315,214	56	0.18	12,421	70,380	NA
Treatment all stages	1,711,414	4282	2.50	8530	3409	NA
Extensive program	1,711,414	22,098	12.91	11,811	915	915

Figura 11. Tabla que compara las realidades de África y Norteamérica en relación a estadios diagnósticos, sobrevida en años ajustados en función de la discapacidad y costo diario, en dólares (4).

Debido a que el tratamiento en etapas tempranas genera de todos modos costos, la recomendación consiste en tomar un rol activo en ayudar a los respectivos líderes políticos a entender que es necesario llevar a cabo la inversión. La justificación de lo anterior radica en que el costo total promedio por paciente tratado, debido al tamizaje, cambia de 600 a 1200 dólares, pasando de menos de 4 años de vida ajustados por discapacidad a más de 16, con la consecuente ganancia en población productivamente activa, lo que redundará en beneficio para el país.

Recomendaciones para Chile

Es muy interesante el hecho de que en Chile tienen un sistema doble, con un subsistema público y uno privado, siendo esta realidad muy distinta a lo que ocurre en los Estados Unidos de América (EUA). En EUA se pretende tener un sistema único, pero la verdad es que no lo hay, ya que 40 millones de personas no cuentan con seguro y otros 40 millones de personas están subaseguradas. En Chile el nivel de conocimientos es el mismo y el nivel de formación de los clínicos, en especial de los especialistas, no resulta un problema. Por otro lado, la realidad indica que los recursos son distintos en el sector público comparado con el privado.

En virtud de lo anterior, ¿qué significado tienen los recursos en términos de la aplicación de las guías clínicas? Vale la pena preguntarse para quiénes están diseñadas estas guías, para el sector privado o para todos. Además resulta muy importante meditar sobre cómo pueden ser implementadas éstas guías de una forma que sea más realista.

Tomando como ejemplo al juramento hipocrático, todos estamos de acuerdo en el no dañar. En efecto, el objetivo de los terapeutas es ayudar a las personas de la mejor forma posible. En Chile se ha realizado un trabajo espectacular de medicina basada en la evidencia, pero también es verdad que los recursos son siempre limitados; por tanto, se debe procurar no apartarse del lado del acercamiento basado en la evidencia. Al analizar

las guías clínicas se debería pensar: "ésta es la mejor evidencia que tenemos y no deberíamos alejarnos de este punto por razones económicas". En Chile se debería proveer de liderazgo en términos del cómo se toman decisiones. Nadie sabe mejor que los profesionales chilenos acerca del cáncer de mama en sus propias pacientes y ciertamente los políticos desconocen los detalles de esto. Por lo tanto, ¿cómo se podría actuar de una forma estratégica?

Los clínicos pueden y deben ser una orientación para el gobierno acerca de cómo priorizar en temas de salud, tomar toda la evidencia reunible y ordenarla para su fácil difusión y entendimiento. Probablemente los beneficios sobre la mortalidad son el primer elemento que viene a la mente cuando se trata de dialogar con autoridades políticas.

La calidad de vida también debe ser considerada. Reconocemos que la conservación de la mama es mucho más aceptable que la mastectomía radical, pero no logra que las personas tengan una mayor sobrevida. La reconstrucción mamaria no salva vidas, pero sí mejora la calidad de vida de esas pacientes, y es importante cargar el mensaje de humanismo para conseguir los recursos necesarios en esta índole.

Nunca es recomendable tomar una postura de todo o nada con nuestras autoridades políticas. No se debería decir al gobierno que deben hacer todo lo que se está planteando o no hacer nada, porque el gobierno elegirá, probablemente, hacer nada. Ellos dirán que no lo pueden costear y punto.

Algo que vale la pena siempre tener en cuenta acerca de los gobiernos y los encargados de las políticas de salud, es que la duración en sus puestos de trabajo es de mucho menor tiempo que la de los clínicos, por ende ellos, en general, siempre están buscando oportunidades que les otorguen resultados a corto plazo, en el siguiente año o en los siguientes dos años, mientras que los clínicos en general están pensando en promedio a 10 años plazo. Se

debe proveer información de tal modo que ellos puedan, a su vez, difundir fácilmente lo que se les está diciendo y obtener algún tipo de beneficio en el siguiente año o en los siguientes dos años. Esa es una decisión estratégica. Esto no debería ser solo una lección para Chile, sino para todos los países de América Latina.

Resulta imperioso crear una alianza, un nexo entre tres tipos de grupos como muestra la **Fig. 12**.

El primer grupo es la comunidad clínica, las agencias del gobierno y los aseguradores que proveen de financiamiento.

El segundo son los grupos de abogacía; a modo de

ejemplo si nosotros construimos el auto, los grupos de abogacía ponen la gasolina en el auto para hacer que ande. Se necesita tener a estas personas a bordo. Si el cáncer de mama es un secreto acerca del cual no está en la agenda pública, existe una mucha menor probabilidad de lograr el debido impacto, se necesitan las voces del público general.

En el tercer grupo están los investigadores de salud pública, los que ayudan medir y evaluar si mejoraron los resultados cuando se hicieron los ajustes y cambios respectivos. Este tipo de alianza es la forma en cómo disminuirá finalmente la mortalidad de cáncer mamario en Chile.

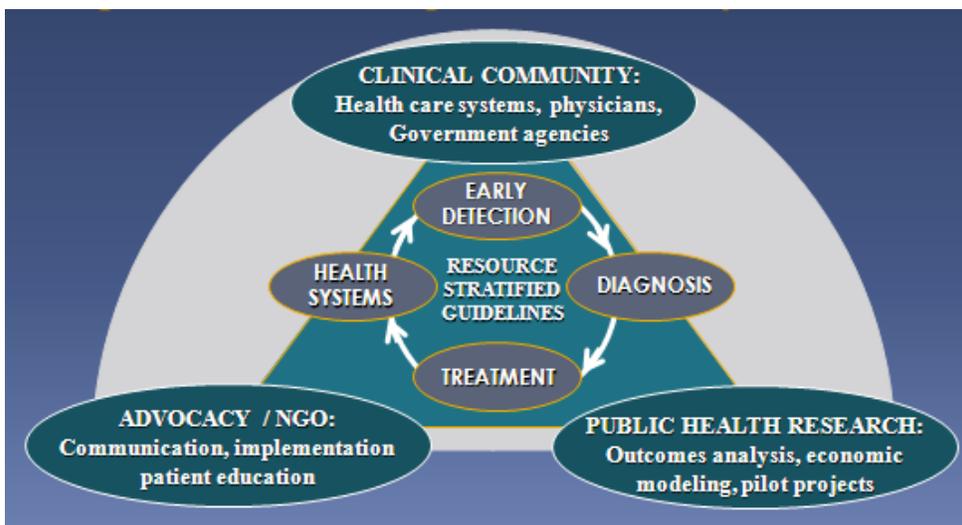


Figura 12. Esquema de la triple alianza necesaria para reducir la mortalidad del cáncer mamario.

En resumen las guías para el mejor ejercicio clínico deben estar basadas en evidencia científica, sin embargo la priorización de la asignación de recursos es muy importante y no se debe subestimar como punto crítico a la hora de trabajar por mejores resultados.

La comunidad médica puede proveer de un marco de trabajo que permita mejoras tanto en el sistema público como privado a través del trabajo en conjunto. La alianza entre la comunidad médica, los grupos de abogacía y los investigadores, es la que puede salvar a las mujeres de los estragos del cáncer mamario, que es la razón por la que luchamos hoy en día.

Referencias

1. Stalsberg H, Awuah B, Ibarra JA, Nsiah-Asare A. Re-establishing a surgical pathology service in Kumasi, Ghana: case report and discussion of barriers and key

- elements of a successful collaboration between low- and high-resource countries. *Cancer*. 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2338-46. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Dr. Michael Ohene-Yeboah. ↑
3. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, Porter P, Hu YW, Zhao GL, Pan LD, Li W, Wu C, Coriaty Z, Evans I, Lin MG, Stalsberg H, Self SG. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Oct 2;94(19):1445-57. ↑ | [PubMed](#) |
4. Groot MT, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO, Hortobágyi GN. Costs and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. *Breast J*. 2006 Jan-Feb;12 Suppl 1:S81-90. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.