

POBREZA Y CÁNCER

Salamanca

Junio 2014

.....

Amigas y amigos:

Gracias por invitarme y recibirme con tanta generosidad. Me resulta difícil expresar con otras palabras, además de "gracias", la alegría y el compromiso de estar aquí y entre ustedes, compartiendo lo que nos une aún cuando con muchos de ustedes recién hoy nos encontramos personalmente.

Un destacado historiador de mi país solía expresar con una buena dosis de humor e inteligencia (dos atributos que suelen ir de la mano ...), que su oficio consistía en al pasado escribirlo con sangre ajena y al futuro aportarle las incertidumbres propias.¹

Ciertamente: el recorrido histórico de la humanidad nunca ha sido idílico ni rectilíneo, y en sus tramos más recientes ha sido especialmente conflictivo en términos de intolerancia, discriminación, terrorismo, guerras entre países o enfrentamientos armados al interior de los mismos.

Pero a este inventario incompleto de calamidades pueden sumarse otras que a largo plazo - y no tanto ...- amenazan nuestra sobrevivencia como especie humana: el cambio climático, la desigualdad y la pobreza, por citar apenas tres que, a su vez, comprenden a muchas otras.

Estas amenazas no se detienen ante ninguna frontera geográfica o política: con mayor o menor intensidad recorren el mundo (¿...un nuevo fantasma?) y si no las disipamos entre todos, seguirán avanzando y nadie, ni siquiera los más poderosos, estarán a salvo de ellas.

¹ José Pedro Barrán (1934-2009). Discursos al recibir el Doctorado Honoris Causa de la Universidad de la República. Montevideo (abril 2007) y Premio Nacional Labor Intelectual (agosto 2009).

La realidad no es lo que todos deseamos que sea, ni lo que algunos dicen que es, ni lo que a mí me pasa. Todo ello, incluso lo que no es, compone la realidad. Pero la realidad en su integralidad es lo que vive el conjunto de la sociedad cotidianamente.

Aunque se pretenda negarlo, relativizarlo o justificar lo contrario, lo cierto es que **no hay paz sin libertad; no hay progreso sin democracia; no hay ciudadanía sin derechos; no hay desarrollo sin crecimiento económico y distribución social; no hay futuro mejor en la resignación a la pobreza y a la desigualdad** como "costos" del mismo.

Tampoco hay avances científicos en la orfandad de valores, principios y compromisos.

¿Podemos revertir aquí y ahora - en este ámbito sustancialmente académico, mayoritariamente científico, marcadamente médico y especialmente "oncológico" - la conflictiva realidad de nuestro tiempo?

No. Pero teniendo en cuenta que "*la ciencia sin conciencia es la ruina del alma*" (enseñanza de Francois Rabelais que conserva total vigencia), desde aquí y desde ya podemos y debemos ayudar a reducir progresivamente la pobreza y la desigualdad, que además de no ser desgracias personales de quienes las padecen sino vergüenza - cuando no delito - de la sociedad en su conjunto, son factores de riesgo, morbilidad, y mortalidad por cáncer.

El cáncer: **una enfermedad que tiene fama de maldita** como antes la tuvieron la lepra y la tuberculosis.

Dicen algunos² que cada época y cada médico tienen su enfermedad favorita. No lo sé; pero sé que todos los aquí presentes sabemos que, en muchos casos, **el cáncer es evitable y curable.**

² El primero registrado fue Henry Fielding, jurista y novelista inglés del siglo XVIII

El cáncer: una patología que, en general y de manera no homogénea desde el punto de vista geográfico y socioeconómico, **su morbilidad y mortalidad son inversamente proporcionales al desarrollo humano.**

De manera aproximativa podemos decir que a menor desarrollo, más morbilidad y mortalidad por cáncer. A mayor desarrollo, menos morbilidad y mortalidad por el mismo.

Amigas y amigos:

No quiero agobiarlos con situaciones particulares pero tampoco me gusta hablar de realidades que no conozco en profundidad. Por eso haré Referencia a la región de la cual vengo y cuya realidad conozco.

Latinoamérica no es la región más candente del mundo en términos de conflictos bélicos entre países o al interior de los mismos. No es candorosa, pero no es la más candente ...

Latinoamérica no es la región más afectada por el cambio climático global. ¿Total y definitivo? No; hay situaciones graves y preocupantes que debemos atender, pero aunque duela y parezca frívolo decirlo, otras regiones están peor que la nuestra.

Tampoco es la región más pobre del planeta. De hecho, y a pesar de las turbulencias financieras globales (de las cuales, dicho sea de paso, no somos culpables ...), en la última década la pobreza ha descendido de 43% a 27,9% del total de su población. Aún es un porcentaje alto y, más allá del porcentaje, son 164 millones de seres humanos que viven en la pobreza (de los cuales 68 millones se encuentran en la indigencia)³.

Pero vamos mejorando.

³ CEPAL: Informe Panorama Social 2013.

Pero, aunque menos que antes, **América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo**. En promedio, el quintil más pobre (20% de los hogares con menores ingresos) capta en promedio 5% de los ingresos totales del país, con extremos que van desde menos de 4% en Honduras, Paraguay y República Dominicana a 10% en Uruguay. La participación del quintil más rico, en tanto, promedia 47%, con un rango que va desde 35% en Uruguay a 55% en Brasil.⁴

Esta realidad que se expresa en distintos ámbitos y de distintas maneras, también lo hace en el cáncer. En tal sentido puede afirmarse que **el cáncer es un desafío científico, pero también es un desafío social**.

Amigas y amigos:

Según un estudio publicado recientemente en la revista científica *The Lancet Oncology*⁵, a pesar del crecimiento económico y reducción de la pobreza que registra desde hace varios años, **América Latina aún tiene serias dificultades para responder al aumento de la morbilidad y mortalidad producidas por enfermedades no transmisibles y entre ellas, muy especialmente, el cáncer**.

En efecto: aunque la incidencia general del cáncer en nuestra región es menor (163/100.000) que en Europa (264/100.00) y Estados Unidos (300/100.000), la mortalidad sigue siendo mayor: 13 muertes por cada 22 casos diagnosticados en América Latina, 13 cada 37 en Estados Unidos y 13 cada 30 en Europa.

⁴ CEPAL: Informa Panorama Social 2013.

⁵ "Planning cancer control in Latin America and Caribbean". *The Lancet Oncology*, Volume 14, N°5, págs. 383-436. Reino Unido, abril 2013. Entre los redactores del informe están los oncólogos uruguayos Diego Touyá y Raúl Gabús.

En Estados Unidos, por ejemplo, el 60% de los cánceres de mama son diagnosticados en etapas primarias. En Brasil, el 20%. Y en México el 10%.

Estos datos, que son vidas y muertes humanas, no son casuales. Por el contrario, **están vinculados a las dificultades que millones de personas de nuestra región tienen para acceder a servicios de prevención o diagnóstico temprano de la enfermedad.** Se estima que 100 millones de latinoamericanos no acceden a servicios de salud por razones geográficas⁶ y 320 millones no tienen cobertura de salud alguna.

Aunque la ciencia ha avanzado mucho en el estudio del cáncer, aún no ha logrado develar su génesis, el preciso momento en que una célula comienza a reproducirse alocadamente ni la razón precisa de tal enloquecimientor. Sabemos que el cáncer no es una enfermedad hereditaria ni contagiosa, que está vinculado a condiciones y hábitos de vida, que es prevenible y que diagnosticado a tiempo y tratado adecuadamente, es curable. La experiencia en países de alto desarrollo humano, pero también la de países que comienzan a aplicar reformas sanitarias que incluyen políticas de educación y prevención, así lo demuestran: **el cáncer es un mal amigo (puede acompañarnos durante mucho tiempo sin que nosotros nos demos cuenta de ello), pero no es un asesino serial e implacable.**

Sin embargo puede castigar más aún a nuestra región. De no adoptarse medidas a la brevedad, para el año 2030 se diagnosticarán 1,7 millones de cánceres anuales, de los cuales más de un millón serán mortales.

Dentro de pocos años y en un año, más de un millón **condenados a muerte por una enfermedad mayormente prevenible y curable ...** Terrible, ¿no?

⁶ Residen en zonas rurales y remotas.

Amigas y amigos:

La vida vale. No tiene precio.

No obstante ello, se estima que **en el año 2009 el costo económico global del cáncer en México, el Caribe, Centro y Sudamérica ascendió a 4.500 millones dólares** por concepto de costos directos (consultas, estudios, diagnóstico, tratamiento, medicamentos, internación, cuidados paliativos etc) e indirectos (gastos de traslado y alojamiento, pérdida de jornadas laborales y productividad, etc).

Puede resultar antipático mencionar este aspecto, pero es parte de una realidad incómoda que incluye también la desigualdad en el acceso a medicamentos y tratamientos de alto costo.

En el año 2011 la inversión total en salud (pública + privada) de nuestra región se mantuvo en un promedio de 7,7% del PBI. No está mal si se tiene en cuenta que Japón o el Reino Unido registran un promedio del 9% ...

Pero los promedios son engañosos: promedialemente destinamos unos USD 7,9 a cada paciente. El Reino Unido destinó USD 183 y Japón US\$ 244.⁷

Por otra parte, en nuestra región hay disparidades no sólo entre los países⁸ sino también dentro de éstos, que en algunos casos obedecen a razones demográficas, pero en otros a una distorsionada relación entre

⁷ China USD 4,30 e India USD 0,54

⁸ 5% en Bolivia, Peru, Venezuela y Jamaica; 6% en México, 8% en Argentina y Uruguay; 9% en Brasil, 11% en Costa Rica.

el sector público y el privado, resultado del cual la mayor parte de la inversión se concentra en pequeños sectores de la población.⁹

Dentro de la región, en lo que respecta al Uruguay, se diseñó y comenzó a procesar una **profunda transformación en el sistema de salud, con el objetivo de universalizar la atención a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.**

Transformación que puso énfasis en el nivel primario y el sistema integral de atención. Ello, a su vez, demandó cambios en los modelos de gestión y la participación de trabajadores y usuarios.

Este proceso, aún en curso, está pautado por tres leyes aprobadas, no sin un amplio y profundo y por momentos virulento debate, en el año 2007. A saber:

Creación del Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131), cuyo objetivo es el financiamiento del régimen de prestaciones de asistencia médica a los beneficiarios del Seguro por Enfermedad del Banco de Previsión Social, los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado.

Se trata de un primer paso hacia una auténtica universalización del beneficio (incluye a la familia de los trabajadores, y para éstos es de por vida) y el financiamiento según ingresos de los cotizantes y asignación a los prestadores según riesgo de la población cubierta.

Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como empresa pública (Ley 18.161). Si bien esta Administración existía desde 1987 como órgano desconcentrado del Ministerio, la Ley establece una separación entre las áreas de política y regulación, que permanecen en la órbita ministerial, y las áreas asistenciales, ahora responsabilidad directa de ASSE.

⁹ En México el sector privado concentra el 52% del gasto total en salud y cubre apenas el 5% de la población del país!!

Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18.211). Esta ley reposicionó al MSP como el rector del SNIS, además de suponer una ampliación sustantiva de los derechos de acceso a la salud y cambios profundos en el sistema de financiamiento.

Asimismo, la Ley 18.211 creó la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado responsable de la administración del Seguro Nacional de Salud.

La Junta está presidida por el Ministerio de Salud Pública, y cuenta con la participación del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social, además de representantes de trabajadores y usuarios del mencionado Sistema.

Estas tres leyes fundamentales, por decirlo de alguna manera, se complementan con otras leyes, decretos y ordenanzas tales como las referidas a:

- Plan Integral de Atención a la Salud. Conjunto taxativo de prestaciones que todas las instituciones deben brindar a todos sus afiliados (incluye programas de salud mental, sexual y reproductiva, y emergencia y salud bucal)
- Prestaciones especiales a grupos específicos de población¹⁰
- Control del tabaquismo, alcohol, drogas, etc.
- Derechos y obligaciones de los usuarios.
- Testamento vital
- Régimen de funciones inspectivas del MSP.
- Régimen de organización y funcionamiento de laboratorios de análisis clínicos.
- Organización de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
- Créditos fiscales a dichas instituciones y fondos de garantías para reestructurar el pasivo de las mismas.
- Creación del Instituto del Adulto Mayor.

¹⁰ Mujeres embarazadas, niños, adultos mayores, discapacitados, insulino dependientes, inmuno deprimidos, transgénero y transexuales, etc.

- Creación del Instituto Nacional de Donantes y Transplantes.
- Creación del Programa Nacional de Control del Cáncer.
- Creación de la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención
- Creación del Colegio Médico del Uruguay

En fin; la lista es extensa y seguramente incompleta, pero con lo reseñado intento transmitirles que estos instrumentos jurídicos, lejos de ser casuales, constituyen el andamiaje de un sistema.

Ese sistema tampoco es casual, sino que está en función de una estrategia para garantizar la salud de la población sobre la base de una atención que cumpla los principios de:

- Universalidad
- Continuidad
- Calidad e interdisciplinariedad
- Equidad
- Oportunidad
- Eficacia
- Eficiencia social y económica
- Atención humanitaria
- Participación Social
- Gestión Democrática
- Derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.
- Centralización normativa
- Descentralización en la ejecución

Así como al interior de esta transformación "todo tiene que ver con todo", la misma no es un hecho aislado.

Por el contrario: **la reforma de la salud se integra en un sistema de transformaciones - fiscal, estatal, educativa, laboral, de protección social, de adaptabilidad al cambio climático, de integración**

regional e inserción internacional, etc - que constituyen un proyecto estratégico de país.

No quiero agobiarlos con datos estadísticos que conducen a lo que ya se sabe: durante mucho tiempo los países latinoamericanos concentraron su inversión en salud en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas. Está bien; había que hacerlo.

Pero el tiempo pasa, paulatinamente las condiciones mejoran, aumenta la esperanza de vida y se vive - o se cree vivir, o se imita - un estilo de vida similar al de los países desarrollados, lo que conlleva un rápido aumento del número de pacientes con cáncer, un problema para el cual la región aún no está adecuadamente preparada.

Para enfrentar la creciente morbilidad y mortalidad del cáncer **es necesario continuar abatiendo la pobreza, generando inclusión social, promoviendo la educación, fortaleciendo sistemas de salud integrados que incluyan programas nacionales para la prevención primaria, la detección temprana, el diagnóstico también a tiempo¹¹, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento a largo plazo de esta enfermedad.**

Pero con tenerlo claro tampoco basta: **hay que hacerlo.** Hay que impulsar la investigación científica; hay que formar oncólogos¹² (en USA hay 3,7 cada 100.000 habitantes, en Latinoamérica entre 0,6 y 1,7 cada 100.000 habitantes); hay que seguir accediendo a equipos de alta tecnología y medicamentos de última generación; hay que fortalecer redes centralizadas de laboratorios; hay que sistematizar registros y protocolos; hay que institucionalizar sistemas de salud integrados (porque la fragmentación del sistema de salud puede enriquecer a

¹¹ Según estudio citado, en Brasil y México se registran demoras de hasta 299 días para los resultados de una inmunohistoquímica en cáncer de mama. Nueve meses !!

¹² En sus diversas especialidades: radioterápica, hematológica, quirúrgica, pediátrica, cuidados paliativos, enfermería oncológica, etc.

algunos, pero castiga a la mayoría de la población) y hay que educar, porque la primera y acaso decisiva batalla contra el cáncer se da en las campañas masivas de información y educación contra sus factores de riesgo: el tabaquismo¹³, el alcoholismo, el sedentarismo, la obesidad¹⁴, la exposición a la radiación solar y sustancias cancerígenas en el hogar, lugares de trabajo, entornos urbanos y rurales, etc.

Pero para hacerlo la convicción y la voluntad, siendo imprescindibles, no alcanzan. **También se necesitan recursos financieros.**

Recursos financieros que no sobran, pero que existen y a veces se malgastan.

¿Acaso el material bélico se fabrica, se distribuye, se mantiene y se usa sin costo?

¿Cuánto cuesta una competencia deportiva con el fastuosismo que hoy se la concibe? ¿Es auténticamente deportiva? ¿Tanto fastuosismo no es un tanto insultante?

Las comparaciones son odiosas, pero ... compárese los ingresos anuales de un deportista de elite o de una estrella del espectáculo y los de un maestro de escuela primaria, un auxiliar de enfermería o un policía. Y en última instancia: ¿quién paga a unos y otros?

¿Cuánto se gasta en cumbres, seminarios, reuniones y coloquios de alto nivel y altos funcionarios para hablar de los pobres? Los pobres no necesitan que les cuenten lo que les pasa y tampoco quieren que les resuelvan la vida; necesitan, quieren y tienen derecho a no estar desamparados. Necesitan, quieren y tienen derecho a estar y sentirse

¹³ 145 millones de fumadores en América Latina y el Caribe.

¹⁴ 139 millones de personas con sobrepeso u obeias en nuestra región.

acompañados en la construcción de sus propias vidas. ¿Es mucho pedir?

Y esto que por cierto es incómodo, pero válido en Latinoamérica, también es incómodo y válido en todas - absolutamente todas - las regiones del planeta.

En muchos aspectos, el mundo actual se parece demasiado a un manicomio administrado por sus pacientes ...

Pero es nuestro mundo y no podemos hacernos los distraídos ni renunciar a la esperanza de un mundo mejor.

Amigas y amigos:

Esa esperanza y vuestra hospitalidad me han traído hasta aquí, han hecho posible este encuentro y, dentro del mismo, esta ya extensa exposición.

Así como no encontré mejor forma de iniciarla que diciendo "gracias", no encuentro mejor forma de cerrarla que diciendo "**compromiso**".

Compromiso de continuar trabajando hasta el límite de mis posibilidades como científico y como ciudadano contra el cáncer y sus factores de riesgo que, reitero, no son materia exclusiva de personas adustas con batas blancas en asépticos laboratorios.

Elena Poniatowska - la escritora mexicana que hace pocas semanas en la Universidad de Alcalá de Henares recibió el Premio Cervantes de Literatura - suele decir que la historia de los países se hace en las plazas públicas, en las calles, en los autobuses atestados, en los vecindarios perdidos, en la intimidad de las casas, pues allí anidan y palpitan los anhelos y las pasiones de la gente. Está en lo cierto.

Por eso nuestra razón también está - y acaso mayoritariamente - en las vivencias cotidianas de la gente sencilla. **Ella es, al fin y al cabo, la que hace la historia. Y en ella estamos.**

Muchas gracias.

.....