

CÁNCER DE MAMA EN LATINOAMÉRICA

Resultados de la Encuesta de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica / Breast Cancer Research Foundation

Cazap E,^a Buzaid A,^b Garbino C,^c de la Garza J,^d Orlandi F,^e
Schwartzmann G,^f Vallejos C,^g Guercovich A,^a Breitbart G^a

Resumen

La incidencia del cáncer de mama en países latinoamericanos es menor que en países más desarrollados, mientras que la tasa de mortalidad es mayor. Estas diferencias están relacionadas probablemente con diferencias en estrategias de despistaje y acceso al tratamiento. Se necesitan datos basados en población a fin de que sea posible tomar decisiones informadas. En el año 2006 se llevó a cabo una encuesta telefónica de 65 preguntas, que incluyó a 100 expertos en cáncer de mama de 12 países latinoamericanos, efectuando un análisis exploratorio del estado actual del tratamiento de cáncer de mama en estas regiones, tanto a nivel país como a nivel centro. Más del 90% de los países no tienen ley nacional o guía para *screening* mamográfico. La tasa de acceso a mamografía fue del 66,3% a nivel país y del 47,0% a nivel centro. La diferencia en la atención, basada en el nivel (país *versus* centro), fue indicada por la iniciación del tratamiento luego del diagnóstico, el tiempo desde el diagnóstico inicial al tratamiento y el tiempo desde la cirugía hasta la quimioterapia inicial. Sin embargo, las pruebas diagnósticas más sofisticadas para receptores hormonales y moleculares están disponibles en la mayoría de los centros (>80%), y en total, casi el 80% de las pacientes comenzaron el tratamiento dentro de los 3 meses del diagnóstico. La variación en la atención entre el nivel del centro *versus* el nivel del país para la atención del cáncer de mama, indica una necesidad de programas nacionales para el cuidado del cáncer. También se concluye que son necesarias estrategias alternativas de recolección de datos, a fin de comprender mejor el estado de los programas de control del cáncer de mama en países en desarrollo.

Palabras clave

Latinoamérica. Caribe. Encuesta de expertos. Cáncer de mama.

^a Sociedad Latino Americana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM), Buenos Aires, Argentina.

^b Centro Oncológico Hospital Sirio Libanés, Sao Paulo, Brasil.

^c Grupo Oncológico del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

^d Instituto Nacional de Cancerología de México, México.

^e Clínica Santa María, Santiago, Chile.

^f Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

^g Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Lima, Perú.

Correo electrónico para el Dr. Eduardo Cazap: ecazap@slacom.org

SUMMARY

The incidence of breast cancer in Latin American countries is lower than that in more developed countries, whereas the mortality rate is higher. These differences probably are related to differences in screening strategies and access to treatment. Population-based data are needed to make informed decisions. A 65-question telephone survey that included 100 breast cancer experts from 12 Latin American countries was conducted in 2006 as an exploratory analysis of the current state of breast cancer treatment in these regions at both at the country level and at the center level. Greater than 90% of countries had no national law or guideline for mammography screening. The access rate to mammography was 66.3% at the country level and 47.0% at the center level. Variation in care based on level (country versus center) was indicated for the timing of treatment after diagnosis, timing from initial diagnosis to treatment, and the time from surgery to initial chemotherapy. However, the more sophisticated diagnostic testing for hormone receptors and biomarkers were available at most centers (>80%), and, overall, nearly 80% of patients started treatment within 3 months of diagnosis. Variation in care between breast cancer care at the center level versus the country level indicated a need for national cancer care programs. Alternative data collection strategies for understanding the state of breast cancer control programs in developing countries can help identify areas of improvement.

Key words

Latin America. Caribbean. Expert survey. Breast cancer.

Este estudio ha sido realizado gracias a una beca de The Breast Cancer Research Foundation (BCRF, USA).

Comité asesor

Dres: Eduardo Cazap, Reinaldo Chacón, Andrés Guercovich, Elizabeth Mickiewicz, Julia Widacovich. Se agradece la asistencia secreta-rial de Stella Bremer.

Líderes de opinión

Argentina: Santiago Bella, Carlos Block, Jorge Bustos, Laura Capizzano, Eduardo Cazap, Reinaldo Chacón, René Atilio Del Castillo, Eduardo Gago, Nora Giacomi, Silvia Jovtis, Mario Langhi, Bernardo Leone, Mario Jorge Matwiejuck, Elizabeth Mickiewicz, Carlos Cresta Morgado, Anibal Núñez De Pierro, Juan Reñe, Rogelio Taber, María Viniegra. Bolivia: Lázaro Fonseca Fernández, León Carlos Felipe

Paniagua, Pablo Sitic Vargas. Brasil: Alfredo Carlos S. D. Barros, Carlos Henrique Barrios, Miguel Froimchuk, Roberto Gil, Carlos Enrique Menke, André Murad, Junior Ruffo De Freitas, Joao Victor Salvajoli, Gilberto Schwartzmann, Sergio Simon, Jeferson Vinholes. Colombia: José Caicedo, Javier Godoy, Raimundo Manni, Carlos Alberto Ortiz Santa Cruz, Elías Quintero, José Fernando Robledo, Andrés Velásquez. Chile: Mario Baeza, Rodrigo Hepp, Bettina Muller, Francisco Orlandi, Luis Orlandi, Augusto León Ramírez, Eugenio Vines. Honduras: Suyapa Aurora Bejarano Cáceres, Ricardo Ernesto Bulnes Molina, Manuel Maldonado, Ismael Arturo Segura Galdamez. México: Francisco Alaniz Camino, Sinuhé Barroso Bravo, María Guadalupe Cervantes Sánchez, Johny Alberto De La Cruz Vargas, Jaime De La Garza, Aura Erazo, Horacio González Danés, Carlos López Graniel, Alejandro Mohar, David Eduardo Muñoz González, Rolando Ocampo Le Royal, Carlos

Rodríguez Vidal, Hermilo Ruiz Martínez, Carlos Sánchez Basurto. Panamá: Roberto Iván López, Ricardo Pereyra, Aníbal Villareal. Paraguay: Ricardo Abed, José Duarte, Cinthia Gauna, Graciela Gómez, Gustavo Guggiari, Silvia Sforza. Perú: Jorge León Chong, Henry Gómez, Luis Vicente Pinillos Ashton, Carlos Vallejos, Raúl Velarde, Tatiana Vidaurre. Uruguay: Bernardo Aizen, Carlos Garbino, Matilde Guericke, Pedro Kasdorf, Raúl Laviña, Karina Lombardo. Venezuela: Nino Ferri Nicasio, Álvaro Gómez, Gerardo Hernández, Yihad Khalek, Carlos Montesino, Morella Rebolledo, Luis Torres Strauss.

INTRODUCCIÓN

Latinoamérica y el Caribe representan aproximadamente el 10% de la población mundial y comprenden 10% de los nuevos casos de cáncer del mundo cada año.¹ Sin embargo, la incidencia de cáncer de mama (definida como el número de nuevos casos en una población por unidad de tiempo) en países latinoamericanos es menor que aquella en países más desarrollados. La mayor incidencia se observa en Uruguay y Argentina, con 110,9 y 88,1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, comparado con 143,8 casos por 100.000 habitantes en los Estados Unidos.¹

De acuerdo a proyecciones para el 2050, la tasa de incidencia y mortalidad en países en desarrollo se espera que aumente a una tasa considerablemente mayor que en países desarrollados.² Este aumento previsto está relacionado con el aumento de la población, envejecimiento, cambios en estilos de vida y la tendencia mundial de migración a comunidades urbanas; también puede estar relacionada con dificultades en la aplicación de planes preventivos y programas de diagnóstico precoz en países más pobres. La sola expansión de la población tendrá un impacto considerable en el número de individuos requiriendo servicios de asistencia

médica. Las proyecciones en Latinoamérica y el Caribe para el año 2025 pronostican un aumento en los costos de asistencia médica de aproximadamente el 47%.³ Actualmente, hay enormes diferencias en gastos por asistencia médica entre países desarrollados y en desarrollo; los países desarrollados gastan casi el 10% de su producto bruto interno, mientras que los países más pobres gastan 5% a 6% o menos.³ Las diferencias reportadas en el estadio tumoral al diagnóstico y las diferentes opciones disponibles de tratamiento entre países desarrollados y en desarrollo pueden tener un impacto tanto en los costos como en los resultados.⁴⁻⁷ La falta de datos sobre la situación socioeconómica de los pacientes de cáncer limita nuestro entendimiento de las implicancias de la economía en la incidencia del cáncer y las tasas de mortalidad; sin embargo, la situación socioeconómica parece estar relacionada con la incidencia, tasas de mortalidad y supervivencia del cáncer.⁸

Aunque la incidencia de cáncer de mama es mayor en países desarrollados, la tasa de mortalidad es menor que en países en desarrollo.⁹ Estas diferencias están probablemente relacionadas con diferencias en estrategias de *screening* y el acceso al tratamiento.¹⁰ El objetivo de la actual investigación fue encuestar líderes de opinión en Latinoamérica y el Caribe con el propósito de realizar un análisis exploratorio sobre el estado actual de la atención del cáncer de mama en estas regiones. Esta investigación forma la base de otros estudios en curso, con la meta final de establecer recomendaciones o guías clínicas para cáncer de mama y proponer proyectos o programas basados en una posición más informada, que aproveche los recursos disponibles de acuerdo a objetivos factibles.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio fue diseñado por un comité asesor de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM) que estuvo

CÁNCER DE MAMA EN LATINOAMÉRICA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SLACOM/BCRF	
Tópico	Preguntas de la encuesta (respuestas elegidas)
Registro de cáncer	¿Sabe usted si en su país hay algún tipo de registro de cáncer basado en la población que pueda haber suministrado datos de incidencia de los últimos 5 años? (Sí; No; No sabe).
Acceso a mamografía	¿Hay alguna ley o regulación en su país obligando a un <i>screening</i> mamográfico periódico y cubriendo todo el país? (Sí; No; No sabe).
Origen de sospecha inicial de cáncer	En su centro (país), en la mayoría de los casos, ¿quién determina el diagnóstico inicial de sospecha de cáncer de mama? [Paciente, médico (cualquier especialidad); Programa de detección precoz; No sabe].
Primer especialista consultado sobre sospecha	En su centro (país), ¿cuál de los siguientes especialistas es el más frecuentemente contactado en caso de diagnóstico inicial de sospecha de cáncer de mama? (Médico clínico; Mastólogo o ginecólogo; Cirujano general; No sabe).
Demora entre sospecha mamográfica/clínica y confirmación histopatológica	En su centro (país), ¿cuánto estima, en promedio, que es el lapso entre la sospecha mamográfica o clínica y la confirmación histopatológica? (No sabe; Menos de 1 mes; entre 1 y 3 meses; Más de 3 meses).
Receptores hormonales disponibles	En su centro (país), ¿hay recursos disponibles para realizar determinaciones hormonales? (Sí; No; No sabe; <25%; 25%-50%; 50%-75%; >75%).
Determinaciones moleculares (Ki-67, Her-B2)	En su centro (país), ¿hay disponibilidad para realizar otras determinaciones moleculares (Ki67, Her- B2, ...)? (Sí; No; No sabe).
Demora desde diagnóstico a cirugía o tratamiento sistémico primario	En su centro (país), ¿cuánto tiempo estima, en la mayoría de los casos, pasa entre el diagnóstico final (patología) y la cirugía o tratamiento quirúrgico (quimioterapia, radioterapia) si se realiza esta última? (Menos de 1 mes; Entre 1 y 3 meses; Más de 3 meses; No sabe).
Demora desde la cirugía a primer tratamiento (terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia)	En su centro (país), ¿cuánto tiempo estima, en la mayoría de los casos, pasa entre la cirugía y el tratamiento específico de hormonas, quimioterapia o radioterapia? (Menos de 1 mes; Entre 1 y 3 meses; Más de 3 meses; No sabe).
Primer tratamiento quirúrgico (estadios I, II y IIIA)	En su centro (país): 1) ¿Es la cirugía, en la mayoría de los casos, el primer tratamiento propuesto? Estadio I (Sí; No; No sabe). Estadio II (Sí; No; No sabe). Estadio IIIA (Sí; No; No sabe). 2) ¿Cuál de los siguientes especialistas es el que realiza la primera cirugía en la mayoría de los casos en su centro (país)? Ginecólogo/mastólogo (<25%; 25%-50%; 50%-75%; >75%); Cirujano general (<25%; 25%-50%; 50%-75%; >75%).
Disección del ganglio centinela	En su centro (país), ¿se lleva a cabo la búsqueda del ganglio centinela? (No sabe; Sí; No. No se presentan en otras instituciones; No, pero son sistemáticamente presentados en otra institución; No, no sabe si se presenta a otra institución).
Quimioterapia adyuvante antes de cirugía	En su centro (país), en la mayoría de los pacientes operables, ¿se propone quimioterapia antes de la cirugía y, en tales casos, quién lo propone? Estadios I-II (No sabe; No se propone; Propuesto por oncólogo; Propuesto por cirujano; Propuesto por ginecólogo; Propuesto por mastólogo; Propuesto, pero no sabe por quién).

Tabla I. Preguntas seleccionadas y respuestas elegidas por tópico de la encuesta (continúa).

CÁNCER DE MAMA EN LATINOAMÉRICA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SLACOM/BCRF	
Tópico	Preguntas de la encuesta (respuestas elegidas)
Costos de la quimioterapia y la terapia hormonal	En su centro (país), en la mayoría de los casos, ¿quién cubre la mayor parte del costo (≈80%) para la quimioterapia / hormonoterapia? (Cobertura médica; Paciente (de su bolsillo); No sabe).
Quimioterapia basada en antraciclínas	En la mayoría de los casos en su centro (país), ¿la quimioterapia está basada en antraciclínas? (Sí; No; No sabe).
Tratamiento con tamoxifeno	En su centro (país), ¿qué porcentaje de pacientes estima que reciben tamoxifeno? (>95%; 80%-95%; <80%; No sabe).
Cuidados paliativos	En su centro (país), ¿cuál es la disponibilidad de opioides para la mayoría de las pacientes terminales? (No sabe; No disponible; Disponible, pero no sabe si recibido; Disponible y generalmente recibido; Disponible, pero generalmente no recibido).
Autonomía del médico	En su centro (país), ¿es la elección de tratamiento adyuvante o paliativo libre para el profesional o fijado por el sistema de cobertura médica (banco de drogas, vademécum oncológico), en > 80% de los casos? Hormonoterapia/quimioterapia adyuvante (Fijado por cobertura; Libre elección; No sabe).
Seguimiento	¿Quién realiza el seguimiento para la mayoría de las pacientes en su centro (país)? (Mastólogo/ginecólogo/cirujano; Oncólogo; Ambos; Ninguno).
Nivel de investigación	En su país, ¿cómo calificaría el desarrollo de la investigación clínico-epidemiológica [investigación básica] del cáncer de mama? (Insuficiente; Suficiente; No sabe).
Razones de investigación	En su país, ¿cuáles considera que son las principales razones que hacen que la investigación clínico-epidemiológica [investigación básica] del cáncer de mama sea insuficiente? (Falta de apoyo de las instituciones; Falta de tiempo de los especialistas; Falta de interés de parte del especialista; Falta de entrenamiento en investigación; Insuficiente remuneración económica; Falta de estructura; Obstáculos en mecanismos regulativos; Otras razones; No sabe). Marque todas las opciones que considera en las celdas grises correspondientes. En caso de "Otras razones", favor especificar bajo "Comentarios".
Apoyo para la investigación	En su país, ¿dónde se llevan a cabo la mayoría de las actividades de investigación clínico-epidemiológica en cáncer de mama? (Centros públicos; Centros privados; Grupo nacional oncológico; Grupo regional oncológico; Universidades).
Her-B2 indica factor de crecimiento humano epidérmico B2.	

Tabla I. Preguntas seleccionadas y respuestas elegidas por tópico de la encuesta.

compuesto por 5 oncólogos médicos que prepararon una encuesta de 65 preguntas sobre epidemiología, despistaje, diagnóstico, tratamiento, investigación, cuidados paliativos, y educación médica.

Se solicitaron aportes de representantes de los países que fueron incluidos en la investigación (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) para asegurar que las características locales fueran capturadas en la encuesta.¹¹

cuesta.¹¹

En total, fueron incluidos 100 líderes en cáncer de mama de 12 diferentes países en la encuesta telefónica. Los líderes en cáncer de mama fueron definidos como: director médico de un instituto o centro de cáncer principal en el país o región; presidentes o ex presidentes de sociedades científicas relacionadas con la atención del cáncer de mama; y reconocidos especialistas o expertos propuestos por otros líderes de opinión. El número de especialistas encues-

Tópico de pregunta	Respuesta	% País (n=95)	% Centro (n=100)
Acceso a mamografía	Toda la población	66	47
	Ingreso alto y medio	32	52
	Ingreso bajo	0	1
	Desconocido	2	0
Origen de sospecha inicial de diagnóstico	Paciente	79	48
	Médico	19	49
	Screening	0	2
	Desconocido	2	1
Primer especialista consultado ante sospecha	Mastólogo o ginecólogo	83	82
	Cirujano	4	4
	Médico	13	9
	Oncólogo	0	5
Demora entre sospecha mamográfica/clínica y confirmación histopatológica	<1 mes	2	46
	1-3 meses	60	45
	>3 meses	32	7
	Desconocido	6	2
Receptores hormonales disponibles	Sí	52	90
	No	42	10
	Desconocido	6	0
Determinaciones moleculares disponibles (Ki-67, Her-B2)	Sí	5	83
	No	90	17
	Desconocido	5	0

Her-B2 indica factor de crecimiento epidérmico humano B2.

Tabla II. Screening y diagnóstico de cáncer de mama por país y centro.

tados en cada país fue proporcional a la población del país, con los países divididos en tres categorías como sigue: grandes (México, Brasil, y Argentina), medianos (Perú, Chile, Colombia, Venezuela, Paraguay, y Uruguay), y pequeños (Panamá, Honduras, y Bolivia). Una división adicional fue hecha de acuerdo al tipo de especialidad: médicos oncólogos (30%-60%), ginecólogos o cirujanos de cáncer de mama (20%-35%), y radioterapeutas (10%-15%).

Antes de la encuesta inicial, los participantes fueron contactados e invitados a participar. Se llevó a cabo una entrevista telefónica de 30 a 40 minutos por un médico especializado en encuestas epidemiológicas. De ser necesario, una segunda entrevista telefónica o personal fue efectuada a fin de completar las 65 preguntas (ver Tabla I para preguntas selectas de la encuesta). Se invitó a las participantes a responder

sobre la atención del cáncer de mama en su propio centro y en su propio país. Los resultados fueron analizados usando simples estadísticas descriptivas.

RESULTADOS

Epidemiología: Registros de cáncer

Casi el 75% de los expertos entrevistados declararon que hay disponibilidad de algún tipo de registro de cáncer basado en la población con datos de incidencia de los últimos 5 años.

Hay registros patológicos basados en el país en: México, Paraguay, Panamá, Uruguay, y Venezuela. Otros países sólo tienen registros provinciales o municipales (6 en Argentina, 1 en Brasil, 2 en Chile, 1 en Colombia, 2 en Honduras y 3 en Perú).

Tópico de Pregunta	Respuesta	% País (n=95)	% Centro (n=100)
Demora desde el diagnóstico hasta cirugía o tratamiento primario sistémico	<1 mes	15	81
	1-3 meses	76	18
	>3 meses	6	0
	Desconocido	3	1
Demora desde la cirugía hasta primer tratamiento (hormonal, QT, RT)	<1 mes	20	76
	1-3 meses	69	22
	>3 meses	5	1
	Desconocido	6	1
¿Es la cirugía el primer tratamiento en estadio I?	Sí	100	100
	No	0	0
¿Es la cirugía el primer tratamiento en estadio II?	Sí	100	99
	No	0	1
¿Es la cirugía el primer tratamiento en estadio IIIA?	Sí	5	2
	No	90	98
	Desconocido	5	0

Tabla III. Preguntas de la encuesta relacionadas con el tratamiento por país y centro.

Cáncer de mama: *Screening* y diagnóstico

PROGRAMAS DE SCREENING

Más del 90% de los encuestados indicaron que no hay leyes o guías nacionales en su país para el *screening* mamográfico obligatorio. El acceso a la mamografía, según se informa, estaba disponible para el 66% de las pacientes a nivel país y el 47% de las pacientes a nivel centro (Tabla II).

SOSPECHA INICIAL DE CÁNCER

Setenta y nueve por ciento de los encuestados indicaron que la sospecha inicial de cáncer fue llevada a cabo por la paciente, y el 19% indicó que el cáncer fue detectado por el médico a cargo. El primer especialista visto por una paciente fue el ginecólogo o cirujano de cáncer de mama de acuerdo al 82% u 83% de los encuestados, respectivamente, y similares resultados fueron informados a nivel de centro y de país (Tabla II).

Una demora menor de 3 meses entre la sospecha de cáncer y un examen mamográfico o

clínico fueron informados por el 62% de los encuestados a nivel país y el 91% de los encuestados a nivel centro (Tabla II). El estado de los receptores hormonales y las determinaciones moleculares (Her-B2, Ki-67) fueron considerados disponibles a nivel centro por el 83% y 90% de los encuestados, respectivamente.

TRATAMIENTO

Un tiempo menor a 1 mes del diagnóstico al primer tratamiento (ya sea cirugía o quimioterapia adyuvante) fue informado por el 15% de los encuestados a nivel país y por el 81% de los encuestados a nivel centro. Sin embargo, la mayoría de las pacientes a nivel país y centro comenzaron sus tratamientos en menos de 3 meses (91% y 99%, respectivamente) (Tabla III).

Un tiempo menor a 1 mes desde la cirugía al inicio de la quimioterapia fue informado por el 20% de los encuestados a nivel país y por el 76% de los encuestados a nivel centro. Sin embargo, casi todas las pacientes comenzaron quimioterapia durante sus primeros 3 meses luego de la cirugía (89% y 98%, respectivamente) (Tabla III).

Tópico de Pregunta	Respuesta	% País (n=95)	% Centro (n=100)
Médico para seguimiento	Oncólogo	73	24
	Cirujano o mastólogo	10	14
	Cirujano y oncólogo	17	61
Cuidado paliativo disponible	Sí	82	93
	No	2	2
	Desconocido	7	0
	Disponible pero no brindado	3	5
	Disponible pero no sabe si brindado	6	0
Quimioterapia con base de antracicilina disponible	Sí	96	99
	No	0	0
	Desconocido	4	1
Tratamiento con tamoxifeno disponible	>95% de los pacientes	48	35
	80% - 95%	38	46
	<80%	7	18
	Desconocido	6	1
Pagador de la terapia quimio/hormonal	Gobierno	67	28
	Cobertura médica	13	53
	Paciente	17	19
	Desconocido	3	0

Tabla IV. Preguntas de la encuesta sobre costos y tratamientos aceptados, por país y centro.

La primera modalidad de tratamiento para los estadios I y II de cáncer de mama fue la cirugía de acuerdo al 100% de los encuestados, tanto a nivel país como a nivel centro.

La primera modalidad para el estadio IIIA de cáncer de mama fue quimioterapia neoadyuvante de acuerdo a más de 90% de los especialistas. La mastectomía fue informada como una opción quirúrgica común (> 50%) pero habitualmente realizada por cirujanos generales o ginecólogos (Tabla III).

La búsqueda del ganglio centinela fue llevada a cabo en el 71% de los centros de acuerdo a los encuestados. La administración de quimioterapia adyuvante fue realizada por un oncólogo a nivel país, de acuerdo al 85% de los encuestados en comparación al 54% a nivel centro, lo cual puede ser atribuido al aumento en la participación de comités de tumores (38%) en la decisión de ofrecer tratamiento multimodal en instituciones más desarrolladas.

COSTOS Y TRATAMIENTOS ACEPTADOS

Tratamientos sistémicos

Para tratamientos sistémicos, los costos estimados, a ser mayormente cubiertos por los gobiernos, fueron del 67% a nivel país, comparado con el 28% a nivel centro. La participación de la paciente en el pago fue del 17% a nivel país y del 19% a nivel centro.

La participación del seguro médico fue del 13% a nivel país y del 53% a nivel centro (Tabla IV).

Tratamientos aceptados

Los tratamientos de quimioterapia con antraciclinas son aceptados ampliamente tanto a nivel país (96%) como a nivel centro (99%). El tamoxifeno es también ampliamente usado a

nivel país: más del 95% de las pacientes lo reciben en el 48% de los países encuestados. A nivel centro, más de 95% de las pacientes reciben tamoxifeno en el 35% de los centros (Tabla IV). La diferencia probablemente reside en el uso, a nivel centro, de otras alternativas de tratamiento hormonal de nueva generación.

Autonomía del médico en la elección del tratamiento

Los encuestados refieren que la capacidad del médico para seleccionar libremente un tratamiento adyuvante apropiado (libre selección antes que predeterminada por cobertura o seguro) fue del 53% a nivel país y del 74% a nivel centro.

Seguimiento

A nivel país, el seguimiento es realizado principalmente por los oncólogos (73%), y sólo en el 10% de los casos es realizado por cirujanos o especialistas de cáncer de mama. A nivel centro, el 24% del seguimiento es realizado sólo por oncólogos, el 14% es realizado por cirujanos o especialistas de cáncer de mama, y el 61% es realizado por cirujanos y oncólogos (Tabla IV).

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos y el acceso a opioides y narcóticos, fueron considerados disponibles por el 82% de los encuestados a nivel país y por el 93% de los encuestados a nivel centro (Tabla IV).

Investigación y educación

Casi el 94% de los expertos encuestados consideraron el desarrollo de la investigación clínico-epidemiológica en cáncer de mama insuficiente en sus países. Las principales razones identificadas fueron insuficiente apoyo eco-

nómico (78,7%) y falta de tiempo disponible (61,8%). Una respuesta similar fue observada para la investigación básica. Ochenta y tres por ciento de los expertos consideraron el desarrollo de la investigación básica en cáncer de mama insuficiente. La mayoría de las actividades de investigación fueron realizadas en centros públicos, privados o centros público-privados (46,3%, 16,8% y 22,1%, respectivamente), con sólo aproximadamente un 1% realizados en universidades o grupos cooperativos.

DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer de mama y la mortalidad están aumentando en los países en desarrollo.^{12,13} Este volumen en expansión de la enfermedad es un problema que requiere una respuesta global concertada, uniendo organizaciones del país y regionales junto a internacionales y de acción global. Latinoamérica tiene casi el 10% de la incidencia y mortalidad del cáncer de mama mundial, y la disponibilidad de la información regional sobre el estado de la atención del cáncer de mama es esencial para llevar a cabo una planificación de programas informada. Hay una falta general de información objetiva disponible debido a los pobres o inexistentes registros de cáncer, limitados datos clínicos y científicos, y datos gubernamentales faltantes o de mala calidad. La falta de datos epidemiológicos, junto con una falta de compromiso político, son dos temas críticos en Latinoamérica, con sólo unas pocas excepciones principalmente en países chicos. Se necesitan métodos alternativos para obtener información y este estudio presenta una aproximación tentativa de las opiniones de los expertos con muchos años de experiencia en tratar pacientes con cáncer de mama.

La correlación entre la percepción de los médicos sobre la realidad y los programas, normativas o leyes gubernamentales en existencia, serán extensamente cubiertas en otro trabajo (SLACOM / Breast Cancer Research Foundation

II), en el cual se efectuó una revisión completa de la capacidad por país en la región y que será comparada con los resultados de esta encuesta. Este primer trabajo está enfocado únicamente en la descripción del cáncer de mama en la región desde la perspectiva de los expertos.

Con respecto a la prevención del cáncer de mama, el bajo compromiso con el *screening* mamográfico indicado en la encuesta es una preocupación importante, porque el bajo cumplimiento está asociado con una alta frecuencia de detección del cáncer de mama por la paciente, que habitualmente presenta en el diagnóstico una etapa de la enfermedad más avanzada. La encuesta indicó una alta proporción (79%) de cáncer de mama detectado por la paciente. En cambio, la encuesta indicó que el *screening* posdiagnóstico con receptores hormonales y determinaciones moleculares (HER-2/neu, Ki-67) está disponible en la mayoría de los centros, sugiriendo un énfasis en los sistemas de asistencia sanitaria basados en diagnóstico y tratamiento. La mastectomía fue considerada una opción quirúrgica común, pero generalmente es realizada por cirujanos generales o ginecólogos antes que por especialistas de cáncer de mama.

Se informó una demora menor de 3 meses entre la sospecha de cáncer y un examen mamográfico o clínico, más a menudo a nivel del centro (92%) que a nivel país (62%), indicando una clara variación en atención basada en el lugar del tratamiento o en el sistema de asistencia sanitaria. La administración de quimioterapia adyuvante por un oncólogo es más probable que ocurra a nivel país que a nivel centro, lo cual puede reflejar el aumento de la participación de los comités de tumores (38%) en la decisión de ofrecer tratamiento multimodal en instituciones más desarrolladas. El corto intervalo observado entre el diagnóstico y el tratamiento puede ser atribuido al enfoque terapéutico, educación médica y la organización de los sistemas

de asistencia sanitaria.

La investigación clínica y epidemiológica del cáncer es esencial para el avance en el conocimiento de la atención del cáncer; y por esta razón, los datos sobre pacientes de diferentes partes del mundo deberían ser obligatorios, y se debería alentar la investigación en países en desarrollo. Nuestra encuesta demostró que la mayoría de las actividades de investigación son realizadas en centros públicos, privados, o público-privados (46,3%, 16,8% y 22,1%, respectivamente), con sólo un 1% efectuadas en universidades o grupos cooperativos. Estos números claramente sugieren que hay un apoyo muy pobre de los gobiernos o entes gubernamentales para la investigación del cáncer en países de Latinoamérica y el Caribe.

Los resultados de la encuesta también demuestran que no hay grandes diferencias entre los centros y los países con respecto a los estándares terapéuticos, sugiriendo que la educación médica podría considerarse adecuada. Nuestra encuesta sugiere que los cuidados paliativos para pacientes (quimioterapia, terapia hormonal y morfina) están disponibles. Es importante tomar nota que los resultados del actual estudio están limitados por un potencial prejuicio del experto y la falta de posibilidad de validar las opiniones expertas con datos clínicos o científicos complementarios.

El desafío para el futuro es promover el control del cáncer de mama a nivel global y en una manera exhaustiva. Son imprescindibles planes nacionales de cáncer y datos epidemiológicos adecuados para todos los países, que también son considerados una urgente necesidad, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud¹⁴ y la Unión Internacional Contra el Cáncer.¹⁵ El compromiso político global, regional y local, es esencial para asegurar que estos programas epidemiológicos del cáncer existan en todos los países.

REFERENCIAS

1. Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al, eds. IARC. Cancer Incidence in Five Continents. IARC Scientific Publications No.160, Vol.IX. Lyon, France: IARC Press; 2007.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Version 1.0. IARC Cancer Base No.5. Lyon, France: IARC Press; 2001.
3. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank Publishers; 2005.
4. Menke CH, Pohlmann PR, Backes A, et al. Tumor size as a surrogate end point for the detection of early breast cancer: a 30-year (1972-2002), single-center experience in southern Brazil. *Breast J* 2007; 13: 448-456.
5. Carlson RW, Anderson BO, Chopra R, et al. Treatment of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003; 9(suppl 2): S67-S74.
6. Anderson BO, Braun S, Carlson RW, et al. Overview of breast health care guidelines for countries with limited resources. *Breast J* 2003; 9(suppl 2): S42-S50.
7. Olopade OI, Schwartzmann G, Saijo N, Thomas CR Jr. Disparities in cancer care: a worldwide perspective and roadmap for change. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2135-2136.
8. Baquet CR, Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. *Cancer* 2000; 88(5 suppl): 1256-1264.
9. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the worldwide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer* 2002; 97: 72-81.
10. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol.7. Lyon, France: IARC Press; 2002.
11. Cazap EL, Buzaid A, Chacón RD, et al. Breast cancer care in Latin America and the Caribbean (LAC). 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). *J Clin Oncol* 2007; 18S(June 20 suppl). Abstract 21140.
12. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
13. Porter P. Westernizing women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med* 2008; 358: 213-216.
14. World Health Organization (WHO). The 58th World Health Assembly Adopts Resolution on Cancer Prevention and Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005. Available at: www.who.org. Accessed on June 10, 2008.
15. Cancer Control Programmers in Latin America: Final Declaration of the High-Level Meeting on Multidisciplinary Integrated Cancer Control. International Union Against Cancer (UICC); Geneva, Switzerland 2007. Available at: www.uicc.org. Accessed on June 10, 2008. SLACOM/BCRF Expert Survey/Cazap, et al. 2365.

DEBATE

Dr. Lorusso: Realmente buenísima y, sabíamos que esta exposición, viniendo de quien es usted, que es el Presidente electo de la BCC, tiene los datos muy actualizados. Las preguntas son, ¿cuál es su visión?, ¿por qué en nuestro país no hay un instituto nacional del cáncer?, creo que el Roffo no es. ¿Qué tan importante sería, para ver si se puede hacer algo sobre incidencia? Yo ya tengo más de 50 años de médico y desde chico lo único que vi son los estudios de Loria, Amatos, y siguen siendo los mismos. La otra pregunta es, ¿usted puede de todos estos datos que trajo circunscribir los de la Argentina?, por ejemplo. Esta visión de Latinoamérica es buenísima, pero sería muy interesante ver si se puede sacar esto mismo de la Argentina. Y tercero, está invitado por la Sociedad Argentina de Mastología para hablar de un tema, que creo que aquí se extracta, que son propuestas para mejorar la salud mamaria en la Argentina. Por eso le decía que saque cosas de aquí para mostrar a los argentinos.

Dr. Cazap: Gracias Dr. Lorusso. La estructura de los institutos de cáncer, teóricamente, es una estructura por la cual el instituto de cáncer debe liderar la investigación en un país, no deben de ser institutos terapéuticos. El NCI que fue creado en Estados Unidos en 1937 tiene hoy un presupuesto de 2.000 millones de dólares y en el último proyecto de ley que firmó el Presidente Obama les otorgó excepcionalmente por este año 8.000 millones de dólares al NIH y el 1,6 al NCI. El Roffo creo que vive con 500 mil dólares por año. Eso se basa fundamentalmente en que en la mayoría de los países los institutos

de cáncer, primero que tienen que tener una ley del gobierno, y dependen de los ministerios de salud. Si depende del Ministerio de Salud y el ministro tiene que asignar dinero a un plan materno-infantil o al cáncer, lo va a asignar al plan materno-infantil. Por eso Perú cambió y sacó una ley por la cual hoy el INEN, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, depende del Poder Ejecutivo del Perú y el presupuesto del INEN, en realidad viene de un impuesto al tabaco, en parte. El INEN tiene un presupuesto exclusivo dentro del presupuesto de Perú, no depende del Ministerio de Salud. Con respecto a nuestro país, en realidad hay un problema, depende de la Universidad de Buenos Aires. La Universidad de Buenos Aires no tiene fondos; y los empleados de la UBA no van a dejar nunca que, hoy como están las cosas, el Instituto Roffo sea el instituto nacional del cáncer, no les interesa. Lo digo porque lo he hablado muchas veces, y porque uno de mis objetivos, si alguna vez lo puedo ver, es que el Roffo sea el instituto nacional de cáncer; no va a ser. La Dra. B. Roth tiene un proyecto, no es tanta plata, son 10 millones de dólares, no va a poder ser. Además, yo estaba con Nancy Brinker que es la Presidenta de Komen Foundation, una de las ONG más poderosas dentro de la lucha contra el cáncer de mama. Ella me preguntó cuáles son para mí las tres consideraciones principales sobre cáncer de mama y la lucha. Le respondí que sólo voy a decir una, "poner cáncer de mama en la agenda"; no está. El elemento rector hoy de la salud pública en el mundo se llama la "Millennium Declaration", que es lo que los países deben tratar en este milenio de adquirir; cáncer no figura. Cáncer no está en la OMS; cáncer está dentro de enfermedades transmisibles en ese monstruoso edificio que está en Ginebra. ¿Saben cuántos especialistas hay? y les digo que los llamo especialistas, porque soy muy optimista, cuatro. En la Oficina Sanitaria Panamericana que es la representante de la OMS en las Américas, no hay oncólogos, no hay nada, ni cáncer. La tercera

pregunta era con respecto a segregar los datos. No lo hicimos porque son pocos. Lo nuestro era muy general, porque todo el mundo siempre pregunta lo mismo, y uno contesta empíricamente lo que cree; por lo menos, tener algún dato aunque sea aproximado. Creo que con 20 encuestados de la Argentina, por más que hay gente de mastología que contestó, me parece que sería muy arriesgado decir lo que pasa en la Argentina. Así que les digo que la situación no es demasiado favorable, y el principal problema es que no hay compromiso político. Hicimos una reunión sobre el HPV y cáncer de cuello uterino, le pedí al representante de la OPS colaboración y nunca me recibió. Después, gracias al hijo de un colega de ustedes, que es el administrador de la OPS, me recibió muy mal, de parado, y me dijo que él no podía porque por orden de la Ministra de Salud del país, no podía hacer cosas relacionadas con la vacuna del HPV. Les recuerdo que el único organismo supranacional que tiene influencia sobre los ministerios de salud es la OMS o la OPS, porque la que decide en la OMS es la Asamblea que está constituida por los ministros de salud de los países; después, no hay nadie que pueda influir en los gobiernos y no hay decisión política. Hay excepciones, hay una decisión política muy favorable en Uruguay. Uruguay es uno de los siete países del mundo libre de humo, pero claro, Uruguay tiene un Presidente que es oncólogo o radioterapeuta, pero igual esto venía de antes. Perú tiene una coalición contra el cáncer, que está formada por todas las organizaciones del cuerpo social, están haciéndolo muy bien. Panamá creó recientemente un Instituto Nacional de Panamá. México tiene a Jaime De la Garza, que es el asesor para cáncer del Presidente de México y están haciendo varias cosas; son esfuerzos parciales. Es uno de los primeros países que está negociando con los dos laboratorios por la vacuna del HPV. Ustedes deben estar al tanto mejor que yo, creo que el precio es de 120 dólares por dosis en Estados Unidos, y en Argentina vale

300 dólares la dosis. El gobierno mexicano está negociando en 35 dólares la dosis, para una compra grande que va a realizar. De cualquier manera India, que tiene su política, está desarrollando una vacuna genérica que está en el rango de los 65 centavos de dólar.

Dr. Lorusso: ¿Para el HPV?

Dr. Cazap: Para el HPV. No se olviden que empezó como un problema de cáncer de cervix, pero hoy por los cambios sexuales hay una alta incidencia de tumores recto-anales, hay una alta incidencia de tumores, sobre todo de amígdala y orofaciales. El 30% hoy son HPV. No solamente eso, sino que los orofaciales HPV relacionados son de mejor evolución y de mayor curabilidad que los epidermoides clásicos no HPV relacionados. Así que se calcula que va a haber una explosión de tumores HPV relacionados en los próximos años.

Dr. Etkin: Los que somos Jefes de Servicio, ya una vida en hospitales públicos, municipal en mi caso, y que somos los redactores de los certificados de defunción, siempre la causa inmediata de muerte es paro cardiorrespiratorio no tóxico, no traumático; pero, siempre en las dos causas abajo precedentes, se deja bien claro que era un cáncer de mama. Ese dato podría no perderse, aunque a la Dirección de Cementerios usted le pone siempre paro cardiorrespiratorio.

Dr. Cazap: Perdón, si yo lleno un certificado, y murió de cáncer de mama, yo le pongo cáncer de mama. Al responsable de la cochería le digo que lo lleve así, si lo rechazan, que me avise. No me lo rechazaron nunca. Las otras dos causas no las toman nunca. Yo lo pregunté, no sé si ahora cambió, pero ponen como causa de muerte que después va a los datos epidemiológicos la primera; no se fijan en la segunda y la tercera. Eso es lo que yo sé.

Dr. Lorusso: Quería preguntar, ¿cuáles son los criterios que utiliza la UICC para apoyar a algunos países? Porque creo, no sé si tiene que ver con eso de Etiopía 50 que quiere decir, quinientos mil por cada aparato de radioterapia o

de mamografía, no me acuerdo bien, o algún país latinoamericano. ¿Por qué ayudan? ¿Cuáles son los criterios que se utilizan?

Dr. Capaz: La ayuda hoy, la más grande que existe, no viene de los gobiernos, tampoco de la UICC que es una organización que tiene como presupuesto anual 10 millones de dólares. La ayuda más importante en este momento se está haciendo en el cáncer infantil en un programa que es "My child matters". La ayuda para cáncer de mama más grande viene de la Breast Cancer Foundation que este año dio 35 millones de dólares sólo en los proyectos de investigación. La Komen Foundation puso en los últimos 5 años, 60 millones de dólares. Pero la apreciación desde el punto de vista de la salud pública es que en los próximos 20 años, debido a la falta de responsabilidad de los gobiernos, de muchos gobiernos, va a ser tomada por las organizaciones privadas. Como ejemplo, las que hoy son consideradas las dos acciones de salud pública más importantes del siglo pasado, fueron la de la malaria y la de Rotary International, la campaña "polio plus". Porque esto no es fácil, estudie lo que pasó con la polio, en 1955 había una vacuna, se vacunaron todos los chicos norteamericanos. En 1980 había 300 mil casos de polio, después de 30 años. Hoy sigue habiendo polio en el mundo, 55 años después, pero hay una vacuna. Hay un concepto que es el de las 3 D: el *discovery* (descubrimiento), tenemos la vacuna; el *development* (perfeccionar el descubrimiento). Por ejemplo, la vacuna del HPV hoy son tres dosis. ¿Sabe cuál es el acatamiento de la vacuna de las 3 dosis según Kaiser Permanente en California?, gratis para las californianas. El 30% de las californianas se aplican las tres dosis. Se imaginas si hace un programa la Argentina en Salta, la señora que llega a las tres dosis va a ser la campeona internacional. Entonces, se necesitan vacunas de dos dosis o de única dosis; eso es *development*. Y lo último es *delivery* (entrega). El problema del mundo es la entrega, por que no le llegan a las poblaciones los conoci-

mientos científicos que están disponibles, o le llegan mal. Muchos de ustedes son ginecólogos, Papanicolaou que es muy bueno, es inaplicable desde el punto de vista de la salud pública. Por eso se desarrolla la inspección visual, por eso se desarrolla ahora el test genético para descubrir

el virus. Es imposible, salvo que sea un país muy desarrollado, sino el Papanicolaou tiene todos los problemas que hace a tener los citólogos, que hace a tener los controles de calidad y tienen que desarrollarse métodos que sean aplicables a todas las poblaciones.