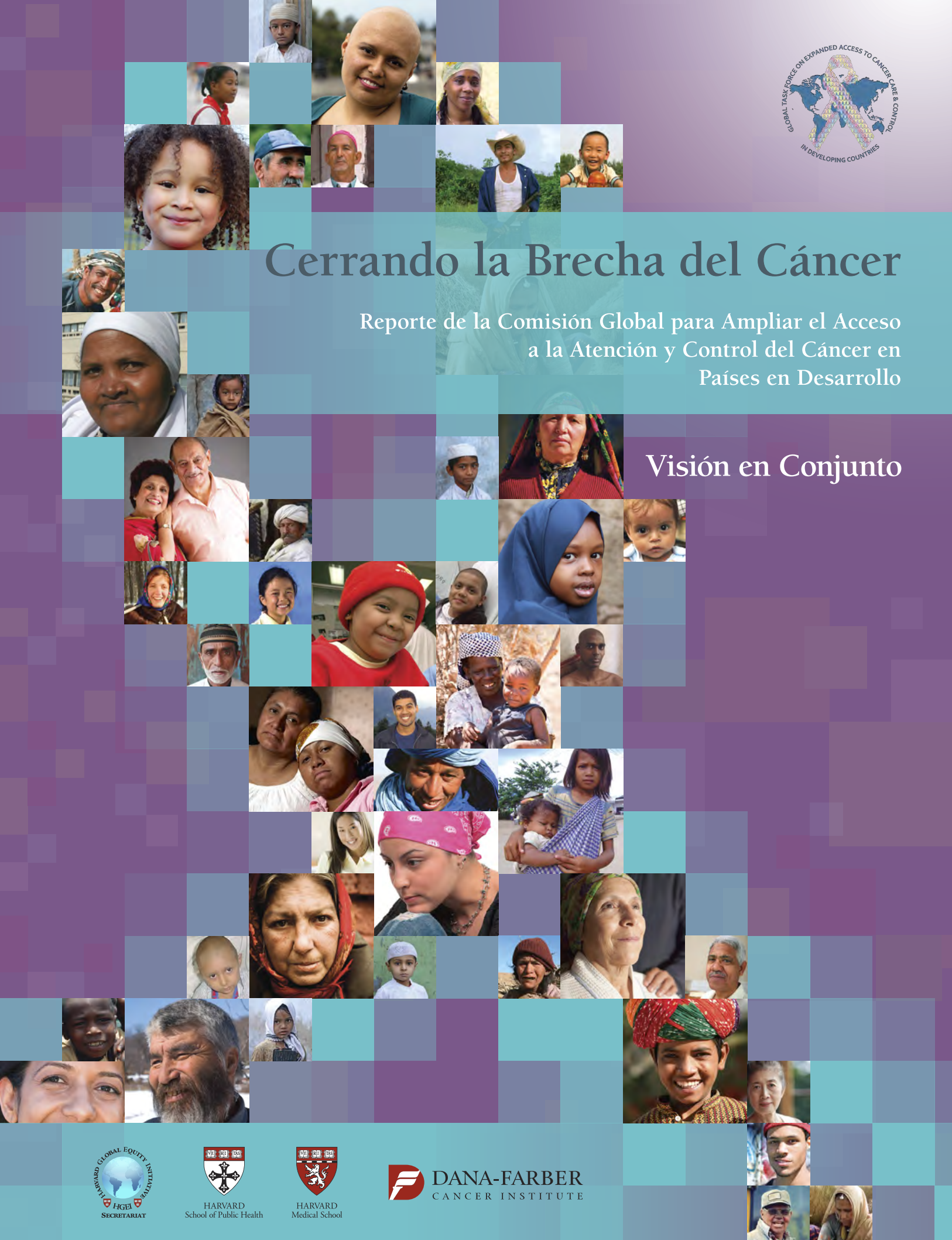
GLOBAL TASK FORCE ON EXPANDED ACCESS TO CANCER CARE & CONTROL IN DEVELOPING COUNTRIES
Cerrando la Brecha del Cáncer
Reporte de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo
Visión en Conjunto
HARVARD GLOBAL EQUITY INITIATIVE
HGEI
SECRETARIAT
HARVARD
School of Public Health
HARVARD
Medical School
DANA-FARBER
CANCER INSTITUTE

Cerrando la Brecha del Cáncer

Reporte de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo

Visión en Conjunto

GLOBAL TASK FORCE ON EXPANDED ACCESS TO CANCER CARE & CONTROL IN DEVELOPING COUNTRIES

Cerrando la Brecha del Cáncer

Primera edición en idioma español: Febrero de 2012.

Cita sugerida

Knaul, Felicia Marie y Farmer, Paul. Visión en Conjunto. En Knaul, Felicia Marie, Frenk, Julio y Shulman, Lawrence para la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo. Cerrando la Brecha del Cáncer. Harvard Global Equity Initiative, Boston, MA. Febrero 2012.

http://gtfccc.harvard.edu

Publicación original

Closing the Cancer Divide:
A Blueprint to Expand Access in Low and Middle Income Countries.

First published in October 2011 by President and Fellows of Harvard College acting through the Harvard Global Equity Initiative.

Copyright © 2011
President and Fellows of Harvard College.
All rights reserved.

Esta publicación es una obra protegida por el Derecho de Autor. Puede ser reproducida por cualquier medio y sin costo, con fines educativos y sin fines de lucro con el permiso por escrito de la Iniciativa de Harvard para la Equidad Global (HGEI por sus siglas en inglés). En cualquier otra circunstancia para copiar, reutilizar en otras publicaciones, realizar la traducción y/o adaptación, deberá gestionar anticipadamente la autorización por escrito de la editorial, quien se reserva el derecho de aplicar un cobro por la utilización de los contenidos. La versión electrónica está disponible como una descarga gratuita desde http://gtfccc.harvard.edu, http://www.funsalud.org.mx/ y http://tomateloapecho.org.mx/

Diseño original: Oliver Gantner y Marycarmen Vázquez, arte i diseño.
Traducción: María Teresa Méndez, MTM Translations, Antonio Díez Herranz y José Antonio de la Riva Fort.

La versión en español se hizo posible con el apoyo financiero de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México y el trabajo fue dirigido por la Fundación Mexicana para la Salud y Tómatelo a Pecho, ambas asociaciones de la sociedad civil, con sede en la Ciudad de México.

Esta publicación expresa las opiniones de los miembros de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo (GTF. CCC por sus siglas en inglés) y no necesariamente representan las opiniones de la HGEI o del Presidente y miembros del Harvard College. Los autores se han dedicado a garantizar la exactitud de la información contenida en esta publicación, y a la vez ellos –y no sus instituciones– toman la responsabilidad por cualquier error.

Global Task Force on Expanded Access to
Cancer Care and Control in Developing Countries

Harvard Global Equity Initiative, Secretariat
651 Huntington Avenue
FXB Building, Room 632
Boston, MA 02115
Email: gtfccc@harvard.edu

Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo

2012

CO-PRESIDENTES HONORÍFICOS

Her Royal Highness Princess Dina Mired
Director-General, King Hussein Cancer Foundation
Honorary Chairperson, Jordan Breast Cancer Program, Hashemite Kingdom of Jordan

Lance Armstrong
Founder
LIVESTRONG
Lance Armstrong Foundation

CO-PRESIDENTES

Julio Frenk, MD, MPH, PhD
Dean of the Faculty, Harvard School of Public Health
T&G Angelopoulos Professor of Public Health and International Development,
Harvard School of Public Health and Harvard Kennedy School
Former Minister of Health, Mexico

Lawrence Corey, MD
President and Director,
Fred Hutchinson Cancer Research Center
Head, Virology Division, Department of Laboratory Medicine, University of Washington
Professor, Medicine and Laboratory Medicine,
University of Washington

Secretariado

CO-DIRECTORAS

Felicia Marie Knaul, PhD
Director, Harvard Global Equity Initiative
Associate Professor of Medicine,
Harvard Medical School
Founder and President,
"*Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho*"

Julie Gralow, MD
Professor, Medicine/Oncology,
University of Washington School of Medicine
Associate Member,
Fred Hutchinson Cancer Research Center
Director, Breast Medical Oncology,
Seattle Cancer Care Alliance

Comisionados

Sir George Alleyne, OCC, MD, FRCP, FACP (Hon.), DSc (Hon.)
Director Emeritus, Pan American Health Organization
Chancellor, University of the West Indies

Rifat Atun, MBBS, MRCGP, MBA, DIC, MFPHM
Director, Strategy, Performance and Evaluation Cluster, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Seth Berkley, MD
Chief Executive Officer, GAVI Alliance

Agnes Binagwaho, MD
Minister of Health, Rwanda
Visiting Lecturer on Social Medicine, Harvard Medical School

Flavia Bustreo, MD, MSc
Assistant Director-General, Family, Women's and Children's Health, World Health Organization

Lincoln C. Chen, MPH, MD
President, China Medical Board

Salomon Chertorivski Woldenberg, MPP
Minister of Health, Mexico

Lord Nigel Crisp, KCB
Chair, Sightsavers International
Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement Distinguished Visiting Fellow, Harvard School of Public Health
Honorary Professor, London School of Hygiene and Tropical Medicine Honorary Fellow, St. John's College, Cambridge

Paul Farmer, MD, PhD
Kolokotrones University Professor and Chair, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School
Chief, Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital
United Nations Deputy Special Envoy for Haiti
Co-founder, Partners In Health

Sir Richard Feachem, KBE, FREng, DSc(Med), PhD
Director, Global Health Group, University of California, San Francisco
Professor of Global Health, University of California, San Francisco and Berkeley
Former Executive Director, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Roger Glass, MD, MPH, PhD
Director, Fogarty International Center, National Institutes of Health
Associate Director for International Research, National Institutes of Health

Mary Gospodarowicz, MD, FRCPC, FRCR
Medical Director, Cancer Program, Princess Margaret Hospital
Professor and Chair, Department of Radiation Oncology, University of Toronto
President-Elect, Union for International Cancer Control

Sanjay Gupta, MD
Chief Medical Correspondent, Health and Medical Unit, CNN
Assistant Professor of Neurosurgery, Emory University School of Medicine
Associate Chief of Neurosurgery, Emory University Hospital and Grady Memorial Hospital

David Kerr, CBE, MA, MD, DSc, FRCP (Glas, Edin & Lon), FRCGP (Hon.), FMedSci
President, European Society of Medical Oncology
Professor of Cancer Medicine, University of Oxford
Adjunct Professor of Medicine, Weill Cornell Medical College

Ana Langer, MD
Coordinator of the Dean's Special Initiative in Women and Health, Department of Global Health and Population, Harvard School of Public Health
Former President and Chief Executive Officer, EngenderHealth

Julian Lob-Levyt, MD, MSC
Senior Vice President, DAI
Managing Director of DAI Europe, DAI Member, International AIDS Vaccine Initiative

Anthony MBewu, MD
Visiting Professor in Cardiology and Internal Medicine, University of Cape Town

Elizabeth G. Nabel, MD
President, Brigham and Women's Hospital
Professor of Medicine, Harvard Medical School

Peter Piot, MD, PhD
Director, London School of Hygiene and Tropical Medicine
Former Executive Director, UNAIDS and Under Secretary General of the United Nations

Jonathan D. Quick, MD, MPH
President and Chief Executive Officer, Management Sciences for Health
Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School

Olivier Raynaud, MD
Senior Director, Global Health and Healthcare Sector, World Economic Forum

K. Srinath Reddy, MD, DM
President, Public Health Foundation of India

Jeffrey D. Sachs, PhD
Director, Earth Institute, Columbia University
Quetelet Professor of Sustainable Development, and Professor of Health Policy and Management, Columbia University
Special Advisor to United Nations Secretary-General Ban Ki-moon

John R. Seffrin, PhD
Chief Executive Office, American Cancer Society

Jaime Sepulveda, MD, MPH, DrSc
Executive Director, Global Health Sciences, University of California, San Francisco

Lawrence Shulman, MD
Chief Medical Officer and Senior Vice-President, Medical Affairs, Dana-Farber Cancer Institute
Co-chair, Global Task Force for Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries, 2009-2011

George W. Sledge, Jr., MD
Immediate Past President, American Society of Clinical Oncology Ballvé-Lantero Professor of Oncology, Indiana University
Professor of Medicine and Pathology, Indiana University
Co-Director of the Indiana University Simon Cancer Center Breast Program

Sandra M. Swain, MD
President-Elect, American Society of Clinical Oncology
Medical Director, Washington Cancer Institute

Secretariado

Iniciativa de Harvard para la Equidad Global

Felicia Marie Knaul, PhD
Director, Harvard Global Equity Initiative
Associate Professor of Medicine, Harvard Medical School
Founder, "Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho"

Gustavo Nigenda, PhD
Research Director, Harvard Global Equity Initiative

Afsan Bhadelia, MS
Research Associate, Harvard Global Equity Initiative

Maja Pleic, MA
Research Assistant, Harvard Global Equity Initiative

Kathy Cahill, MPH
Senior Advisor to the Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries

Amanda Berger
Research Assistant, Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries

---

Comité Técnico Asesor

Hans-Olov Adami, MD, PhD
Chair, Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health
Professor, Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health

Cary Adams, MBA, BSc
Chief Executive Officer, Union for International Cancer Control (UICC)

Clement Adebamowo, BMChB (Hons), FWACS, FACS, ScD
Associate Professor, Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Medicine, University of Maryland
Associate Professor, Institute of Human Virology, University of Maryland
Director, Office of Strategic Information and Research, Institute of Human Virology, Nigeria

Samia Al-Amoudi, MBBCH, CABOG
CEO and Founder, Sheikh Mohammed Hussein Al-Amoudi Center of Excellence in Breast Cancer
Chairwoman and Scientific Chair, Women's Health Rights
Associate Professor and Consultant Obstetrician Gynecologist, King Abdulaziz University, Saudi Arabia

Benjamin Anderson, MD
Chairman and Director, Breast Health Global Initiative
Joint Member, Division of Public Health Sciences, Fred Hutchinson Cancer Research Center
Professor of Surgery and Joint Professor, Department of Global Health, University of Washington Director, Breast Health Clinic, Seattle Cancer Care Alliance

Jon Kim Andrus, MD
Lead Technical Advisor, Comprehensive Family Immunization Project, Pan American Health Organization
Professor, Department of Global Health and Director of the Global Health Program, George Washington University

Kate Armstrong, BMed, DCH, MPH
Founder & President, Caring & Living as Neighbours (CLAN) Chair, NCD Alliance Child-focused Working Group

Héctor Arreola-Ornelas, MSc
Coordinator of Economic Research, Health and Competitiveness, Fundación Mexicana para la Salud

Rashid Bashshur, MS, PhD
Director of Telemedicine, University of Michigan Health System
Professor Emeritus of Health Management and Policy, University of Michigan School of Public Health

Zaid Bitar, BSc
Head, International Development Department, King Hussein Cancer Foundation

Gene Bukhman, MD, PhD
Assistant Professor, Harvard Medical School
Director of Program in Global Noncommunicable Disease and Social Change, Harvard Medical School
Associate Clinical Director, Partners In Health, Rwanda
Senior Technical Advisor on Noncommunicable Diseases, Ministry of Health, Rwanda

Maira Caleffi, MD, PhD
President, Federação de Instituições Filantrópicas de Apoio á Saúde da Mama (FEMAMA)

Corey Casper, MD, MPH
Associate Professor, Medicine, University of Washington
Assistant Member, Program in Infectious Diseases, Clinical Research Division, Fred Hutchinson Cancer Research Center
Assistant Member, Epidemiology, Public Health Sciences Division, Fred Hutchinson Cancer Research Center

Dov Chernichovsky, MA, PhD
Professor, Department of Health Systems Management, Ben-Gurion University of the Negev
Research Associate, National Bureau of Economic Research
Head, Health Team, Taub Center for the Study of Social Policy, Israel

James F. Cleary, MD
Associate Professor of Medicine (Medical Oncology), University of Wisconsin School of Medicine and Public Health
Director, Palliative Care Service, University of Wisconsin Hospital and Clinics
Director, UW WHO Collaborating Center for Pain Policy and Palliative Care

Téa Collins, MD, MPH, MPA, DrPH
Executive Director, The NCD Alliance

David Cutler, PhD
Otto Eckstein Professor of Applied Economics, Harvard University

Alessandra Durstine, MS, MBA
Vice President for Regional Strategies, International Division, American Cancer Society

Barbara Ferrer, PhD, MPH, MEd
Executive Director, Boston Public Health Commission

Lindsay Frazier, MD, ScM
Attending Physician, Dana Farber Cancer Institute
Associate Professor of Pediatrics, Harvard Medical School
Associate Professor of Epidemiology, Harvard School of Public Health

Emmanuela Gakidou, MSc, PhD
Associate Professor of Global Health, University of Washington
Director, Education and Training, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington

Amanda Glassman, MSc
Director of Global Health Policy and Research Fellow, Center for Global Development

Ramiro Guerrero, MSc
Director, PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

Susan Higman, PhD, MA
Director, Research & Analysis, Global Health Council

Michelle D. Holmes, MD, DrPH
Associate Professor of Medicine, Harvard Medical School
Associate Physician, Brigham and Women's Hospital
Associate Professor of Epidemiology, Harvard School of Public Health

David Hunter, MBBS, MPH, ScD
Dean for Academic Affairs, Harvard School of Public Health
Vincent L. Gregory Professor in Cancer Prevention, Department of Epidemiology and Nutrition,
Harvard School of Public Health

Amy Judd, MS
Director of Program Development, Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital

Nancy Keating, MD, MPH
Associate Professor, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School
Associate Physician, Division of General Internal Medicine, Brigham and Women's Hospital

Niranjan Konduri, MS (Pharm), MPH, CHA
Senior Program Associate, Technical Strategy and Quality, Center for Pharmaceutical Management,
Management Sciences for Health

Eric Krakauer, MD, PhD
Director, International Programs, Center for Palliative Care, Harvard Medical School
Assistant Professor of Medicine, Massachusetts General Hospital
Mentor, International Palliative Care Leadership Development Initiative

Pablo Kuri Morales, MD, MSc
Undersecretary for Prevention and Health Promotion, Ministry of Health, Mexico
Professor, Faculty of Medicine, National University of Mexico

Eduardo Lazcano-Ponce, MD, DrSc
Director of the Center for Population Health Research, National Institute of Public Health, Mexico

Constance Lehman, MD, PhD
Professor and Vice Chair of Radiology, University of Washington Medical Center Section Head of Breast Imaging,
University of Washington Medical Center Director of Imaging, Seattle Cancer Care Alliance

H. Kim Lyerly, MD
George Barth Geller Professor of Research in Cancer, Duke University
Director, Duke Comprehensive Cancer Center

Ian Magrath, DSc (Med), FRCP, FRCPath
President, Medical & Scientific Director, International Network for Cancer Research and Treatment
Adjunct Professor of Pediatrics, Uniformed Services University of the Health Sciences

Alejandro Mohar, MD, ScD
General Director, National Cancer Institute of Mexico

Claire Neal, MPH, CHES
Senior Director, Lance Armstrong Foundation

Rachel Nugent, PhD
Senior Research Scientist and Associate Professor, Department of Global Health, University of Washington

Meg O'Brien, PhD
Director, Global Access to Pain Relief initiative, Union for International Cancer Control (UICC)

Alfonso Petersen, MD
Former Secretary of Health, Ministry of Health of Jalisco, Mexico

Peggy Porter, MD
Full Member, Division of Human Biology, Fred Hutchinson Cancer Research Center
Co-Head, Women's Cancer Research Program, Fred Hutchinson Cancer Research Center
Professor, Pathology, University of Washington

Doug Pyle, MBA
Senior Director, International Affairs, American Society of Clinical Oncology

Johanna Ralston, MA, MS
Chief Executive Officer, World Heart Federation

Magdalena Rathe, MA
Executive Director, Fundacion Plenitud
Coordinator, Dominican Health Observatory (OSRD)
Coordinator, Network of Health Accounts of the Americas (REDACS)

Anne Reeler, PhD
Chief Technical Officer, Axios International

Raul Ribiero, MD
Member, St. Jude Faculty, St. Jude Children's Research Hospital
Director, International Outreach Program, St. Jude Children's Research Hospital
Director, Leukemia / Lymphoma Division, Oncology Department, St. Jude Children's Research Hospital
Associate Director for Outreach Program, Cancer Center , St. Jude Children's Research Hospital

Carlos Rodriguez-Galindo, MD
Attending Physician, Dana-Farber Cancer Institute
Medical Director, Pediatric Oncology Clinical Trials, Dana-Farber/Children's Hospital Cancer Center
Associate Professor of Pediatrics, Harvard Medical School

Isabelle Romieu, MD, MPH, ScD
Head, Section on Nutrition and Metabolism, International Agency for Research on Cancer

Joanna Rubinstein, DDS, PhD
Chief of Staff to Jeffrey Sachs, The Earth Institute, Columbia University
Director of the Center for Global Health and Economic Development, The Earth Institute, Columbia University

María del Rocío Sáenz Madrigal, MPH, MD
Coordinator of Health Policies, Health and Work Program, Central America's National University
Professor, School of Public Health, University of Costa Rica

Gloria Inés Sánchez, MSc, PhD
Coordinator, Infection and Cancer, University of Antioquia
Associate Professor, Faculty of Medicine, University of Antioquia

Miriam Schneidman
Lead Health Specialist & Cluster Leader, East Africa and Indian Ocean, The World Bank

Nina Schwalbe, MPH
Managing Director, Global Alliance for Vaccines and Immunization

Rola Shaheen, MD, FRCPC
Chief of Radiology and Director of Women's Imaging, Harrington Memorial Hospital
Instructor in Radiology, Harvard Medical School

Isabel dos Santos Silva, MD, MSc, PhD
Head, Department of Non-communicable Disease Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine
Professor of Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Tatiana Soldak, MD
Director of Programs, The Resource and Policy Exchange

Cristina Stefan, MD, PhD
Head, Hematology and Oncology, Department of Pediatrics and Child Health, Stellenbosch University, Cape Town

Jeffrey Sturchio, PhD
Senior Partner, Rabin Martin
Former President and CEO, Global Health Council

Edward L. Trimble, MD, MPH
Director, National Cancer Institute (NCI) Center for Global Health

Vivien Davis Tsu, PhD, MPH
Director, HPV Vaccines Project, PATH Associate Director, Reproductive Health, PATH
Affiliate Professor, Epidemiology, School of Public Health, University of Washington

Anita K. Wagner, PharmD, MPH, DrPH
Assistant Professor, Department of Population Medicine, Harvard Medical School
and Harvard Pilgrim Health Care Institute
Member, Drug Policy Research Group and WHO Collaborating Center in Pharmaceutical Policy,
Department of Population Medicine, Harvard
Medical School and Harvard Pilgrim Health Care Institute

Jo Anne Zujewski, MD
Head, Breast Cancer Therapeutics, Clinical Investigation Branch of the Cancer Therapy Evaluation Program,
National Cancer Institute

Agradecimientos

La GTF.CCC agradece el apoyo financiero y en especie recibidos para la preparación de este Reporte y para el desarrollo de la investigación:

Harvard University

Lance Armstrong Foundation

LIVESTRONG®

Susan G. Komen for the Cure©

Donantes individuales anónimos

Management Science For Health
King Hussein Cancer Foundation and Center
Seattle Cancer Care Alliance
American Cancer Society
China Medical Board
National Cancer Institute
Fogarty International Center
Fundación Mexicana para la Salud
Glaxo SmithKline
EMD Serono
Union for International Cancer Control
Hoffman & Hoffman PR

Para la edición en español, también se agradece a las siguientes instituciones mexicanas:

Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Centro de Investigación y Docencia Econónicas, A.C.
Fundación Mexicana para la Salud
Tómatelo a Pecho, A.C.

Presentación

En la actualidad el cáncer es uno de los desafíos más grandes que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. Su combate reclama de esfuerzos compartidos por parte de los sistemas de salud, de la sociedad y de la población. La carga epidemiológica del cáncer a nivel global está dentro del grupo de las tres más importantes entre las enfermedades crónicas en el mundo y se espera que siga creciendo aún más. Su impacto no sólo se debe a los efectos que la enfermedad tiene sobre las personas y sus familias, sino que implica una carga para el sistema de salud, la economía y la sociedad por el uso sustancial de recursos para su atención y control, además de la pérdida en productividad que representa.

Los recursos que deben ponerse en juego para la atención y el control del cáncer son variados y requieren de un apoyo financiero sustancial, además de una decidida dedicación a favor del desarrollo humano y social de cada país y a nivel global. Son varios los países, especialmente de ingresos medios como es el caso de México, que invierten una cantidad importante de recursos en la atención del cáncer; sin embargo no es suficiente. El desafío del cáncer va a la alza, lo cual implica una mayor pero a la vez más eficiente inversión, al tratamiento además de la prevención y la detección oportuna.

A nivel internacional, existen esfuerzos que han impulsado la creación de una agenda global compartida. Esta es la tarea que la Comisión Global para Ampliar el Accesso a la Atención y el Control del Cáncer en Países en Desarrollo (Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries, GTF.CCC), iniciativa lanzada por la Universidad Harvard en 2009 y que hoy reúne a más de 30 líderes en salud global y cáncer, además de un amplio grupo de expertos técnicos a nivel internacional. Ha sido para mi un honor y una oportunidad participar en esta destacada iniciativa desde 2010 como miembro de la Comisión Global.

El reporte que aquí se presenta constituye un insumo clave para este esfuerzo global, para la región de América Latina y para México sobre la atención del cáncer desde una perspectiva innovadora del papel de los sistemas de salud. Es por ello que la Secretaría de Salud de México y el Sistema de Protección Social en Salud solicitó a esta Comisión Global y a la Universidad Harvard la posibilidad de su traducción original en idioma español.

Las ideas y evidencias que en él se presentan deberán servir de plataforma para las estrategias sistémicas que estamos tomando para garantizar la atención a la salud a cada mexicano. El enfoque del Reporte es por demás trascendente, ya que a la aportación conceptual y metodológica interdisciplinaria inicial, se añade un conjunto de casos reales sobre la atención exitosa del cáncer en contextos de escasos recursos, para demostrar que dicha atención es realista en contra de lo que comúnmente se cree. La discusión del Reporte producido por la Comisión Global deberá guiar a una reflexión profunda sobre la necesidad de establecer un Plan Nacional para la Atención y Control del Cáncer en cuya elaboración deberán participar los actores sociales interesados: gobiernos estatales, sociedades profesionales, académicos y por supuesto la sociedad civil organizada.

En este reporte, la experiencia de México figura como un ejemplo de liderazgo a nivel mundial por los logros en materia de protección social en salud e innovaciones en la prestación de servicios para el cáncer, especialmente de niños y mujeres. México es hoy en día un país que gracias al Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, además de las instituciones de la seguridad social, brinda protección financiera a los principales cánceres que aquejan a nuestra población cualquiera que sea su nivel socioeconómico. La experiencia mexicana en brindar protección financiera con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la cobertura del cáncer es un mecanismo que garantiza protección social a la población y que ofrece lecciones para otros sistemas de salud en el mundo. El poder compartir estas lecciones, a través de este Reporte y de la Comisión Global, y a la vez aprender de los demás, representa para nosotros una oportunidad sin igual para poder aplicar cada vez más y mejor los recursos disponibles que nos permitan cerrar las brechas en salud.

Quiero agradecer a la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y el Control del Cáncer, a todos sus integrantes y a la Universidad Harvard por permitir a México y a su Sistema de Protección Social en Salud, ser parte de esta estrategia que permite compartir y generar evidencias para mejorar el acceso a la atención y el control del cáncer en nuestro país y a nivel mundial.

México está haciendo suyas las recomendaciones de la Comisión Global y las aplica a través de una estrategia diagonal en el acceso efectivo de la población a la atención y control del cáncer como un continuo de esfuerzos y que abarca desde la prevención primaria, la detección oportuna, el diagnóstico y tratamiento adecuado, hasta la sobrevida con la enfermedad y los cuidados paliativos y el manejo del dolor. Este Reporte nos llama y nos incentiva a reforzar las acciones en todas estas áreas y en particular a la implantación de acciones efectivas de prevención y de detección temprana donde la población juega un papel fundamental.

La información que este Reporte presenta nos brinda la oportunidad, a la vez que nos compromete a todos los actores del sector –personal de salud, sociedad civil, sector privado, tomadores de decisión, diseñadores de las políticas y programas, investigadores, académicos y a la sociedad en su conjunto– a tomar acciones coordinadas para implementar y continuar perfeccionando las estrategias para la atención y control del cáncer en México plasmando todo ello en un Plan Nacional para la Atención y el Control del Cáncer.

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud de México
Comisionado de la Comisión Global para Ampliar
el Accesso a la Atención y el Control del Cáncer

México, D.F., Febrero de 2012

Hoy en día hablar del cáncer y lo que este representa para nuestra sociedad significa hablar de una serie de desafíos, a los cuales debemos hacer frente de manera conjunta todos y cada uno de los que integramos esta sociedad. Sin embargo, también representa una oportunidad para que como sociedad organizada definamos las estrategias que queremos seguir para hacer una sociedad más justa y equitativa. El cáncer genera divisiones y también inequidades, por lo que su combate nos permitirá ir cerrando algunas de las brechas hoy presentes en el área de salud.

Es por ello que el Instituto Nacional de Cancerología, como institución encargada no sólo de la atención y tratamiento a pacientes con cáncer, sino también como responsable de definir las estrategias y políticas para su manejo y control, está asumiendo el liderazgo que nos compete para definir junto con las demás instituciones de salud en nuestro país –el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y las demás instituciones de la seguridad social–, un proyecto amplio e incluyente derivado de las recomendaciones realizadas por la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer.

En este momento contamos con la oportunidad que nos brinda la colaboración con el *National Cancer Institute* de los Estados Unidos de América, la cual nos permitirá incorporar acciones complementarias que fomenten el desarrollo de nuestras instituciones. Ello incluye la formación de recursos humanos multidisciplinarios de alto nivel que fortalezcan nuestra capacidad de respuesta.

La participación de todos los actores en el área de la salud en la construcción de un Plan Nacional de Acción para la Atención y el Control del Cáncer nos permitirá involucrar a representantes del ámbito público o privado, la academia, la investigación, los tomadores de decisiones, los prestadores de servicios y la sociedad civil, para así establecer un consenso integral sobre las bases que como sociedad queremos y debemos tener para un mejor control del cáncer y un mejor futuro.

Alejandro Mohar
Director General
Instituto Nacional de Cancerología, México
Miembro del Comité Técnico Asesor
de la Comisión Global para Ampliar el Acceso
a la Atención y Control del Cáncer

México, D.F., Febrero de 2012

Prefacio y Agradecimientos

Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo

Uno de los principales objetivos de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo (GTF.CCC por sus siglas en inglés) es diseñar, promover y evaluar estrategias innovadoras de diversas y múltiples organizaciones interesadas en ampliar el acceso a la prevención, detección y atención del cáncer en países de ingresos medios y bajos.

Trabajando con socios a nivel local, la GTF.CCC participa en el diseño e implementación de modelos innovadores de prestación de servicios para ampliar el acceso a la atención y control del cáncer (ACC) y fortalecer los sistemas de salud en países en vías de desarrollo.

Por convocatoria de la Escuela de Medicina de la Universidad Harvard, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Harvard, el Instituto Dana-Farber del Cáncer y la Iniciativa de Harvard para la Equidad Global se integra la GTF.CCC en noviembre de 2009. La GTF.CCC ha logrado reunir a líderes en salud global y cáncer de todas las regiones del mundo, involucrando a investigadores, representantes de la sociedad civil y del sector público, pacientes y sus familiares, médicos, y responsables de formular políticas públicas, quienes contribuyen invaluablemente en apoyar la defensa, la investigación y la acción. Actualmente, la GTF.CCC está conformada por más de 30 miembros y asistida por un Comité de Asesoría Técnica.

Fungen como Co-Presidentes Honoríficos, Su Excelencia la Princesa Dina Mired, del Reino Hachemita de Jordania, y el Sr. Lance Armstrong. La GTF.CCC está Co-Presidida por Julio Frenk, Decano de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y por Lawrence Corey, Presidente y Director del Fred Hutchinson. De 2009 a 2011, Lawrence Shulman, Director Médico y Vicepresidente Ejecutivo de Asuntos Médicos en el Instituto de Cáncer "Dana Farber" co-presidió la GTF.CCC con el Dr. Julio Frenk. Felicia Knaul, quien dirige la Iniciativa de Harvard para la Equidad Global, funge también como Secretaria Fundadora de esta Comisión Global, y a partir de 2012, Julie Gralow, Directora de Oncología Médica de Mama del Seattle Cancer Care Alliance dirige, junto con Felicia Knaul, el Secretariado de la GTF.CCC.

Además de los esfuerzos y el gran trabajo que se realiza para prevenir los cánceres del mañana –mediante la reducción de los factores de riesgo, especialmente el uso del tabaco–, la GTF.CCC propone y apoya acciones para mejorar el tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos.

La GTF.CCC aplica el conocimiento y habilidad de sus miembros, combinando su experiencia en salud global y cáncer, para:

- Aumentar la conciencia del impacto del cáncer en países en vías de desarrollo a nivel mundial, regional y nacional, a través de un llamado a la acción, basado en la evidencia.
- Compartir la experiencia y basarse en la evidencia para implementar las más eficientes actividades para ampliar el acceso a la ACC en países de bajos y medios ingresos.
- Identificar los paquetes adecuados de servicios básicos y tratamientos para proporcionar la atención en lugares de escasos recursos, para cánceres que pueden ser curados o mitigados con terapias actualmente disponibles.
- Reducir el sufrimiento humano de todos los cánceres mediante la promoción del acceso universal al control del dolor, e incrementar el acceso al mejor tratamiento para cáncer, a través de la obtención de medicamentos y servicios seguros, costeables y de calidad.
- Apoyar el desarrollo e implementación de planes multisectoriales, con diversas organizaciones interesadas en ampliar el acceso a la ACC a través de sistemas de salud que proporcionen cobertura de salud integral; y
- Desarrollar y evaluar modelos innovadores en la prestación de servicios que eficienten la utilización de recursos humanos, físicos y tecnológicos en diferentes ámbitos de desarrollo económico y sistemas de salud, y compartir las lecciones y evidencias adquiridas.

La GTF.CCC trabaja con la convicción de que las propuestas que aquí presenta para acceder a las barreras que existen –y que son la razón para la ampliación acelerada del cuidado del cáncer– son lo suficientemente convincentes como para merecer una inmediata y vigorosa respuesta global. Muchas de estas soluciones pueden ser construidas dentro de los programas y plataformas ya existentes, mediante el aprovechamiento de los sistemas de salud e involucrando a múltiples partes interesadas.

La Historia del Reporte

En el 2010 *The Lancet* publicó *"Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action"*, firmado por los miembros de la GTF.CCC. En el documento se argumenta que mucho podría hacerse para prevenir y tratar el cáncer en países en desarrollo mediante la implementación de una mejor y mayor atención a nivel primario y secundario, utilizando mecanismos financieros globales más eficientemente, ampliando la disponibilidad de los medicamentos sin patente vencida y trabajando para reducir los costos de todos los medicamentos y tecnologías mediante el uso de los mecanismos de adquisiciones mundiales y regionales. Además, se argumenta que aumentar el acceso a la ACC puede fortalecer los sistemas de salud para también enfrentar otros desafíos y en particular las enfermedades crónicas y no-transmisibles.

Este Reporte, *Cerrando la Brecha del Cáncer* es el producto de los primeros dos años del trabajo de la GTF.CCC y una respuesta al *"Llamado a la Acción"* publicado en 2010. El Reporte tiene como objetivos: presentar la evidencia para ampliar el acceso a la ACC, compartir información sobre modelos innovadores para alcanzar esta meta, y proporcionar una propuesta de acción a futuro en entornos de recursos limitados. El trabajo se plantea como parte de los esfuerzos para mejorar el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El Reporte se basa en el trabajo de más de 115 autores y colaboradores, incluyendo miembros de la GTF.CCC y su Comité de Asesoría Técnica, así como pacientes, representantes de los sectores académico, sociedad civil, sector privado, instituciones multilaterales y gubernamentales de países en todos los niveles de recursos. Es producto de discusiones realizadas en los meses de febrero, junio y noviembre del 2010 y mayo del 2011, a través de videoconferencias y en reuniones presenciales con los miembros de la GTF.CCC como grupo, así como intercambios entre el Secretariado y los miembros de la GTF.CCC durante todo el período.

Se presenta esta traducción al español gracias al decidido apoyo del C. Secretario de Salud de México, Salomón Chertorivski Woldenberg, y como esfuerzo conjunto con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. El trabajo fue respaldado y dirigido desde la Fundación Mexicana para la Salud y Tómatelo a Pecho, A.C.

Este Reporte de la GTF.CCC resume la información de 56 países. El análisis se basa en un detallado trabajo con médicos, investigadores, responsables de formular políticas y organizaciones de la sociedad civil, en o trabajando con instituciones de países de ingresos medios y bajos que abarcan todas las regiones del mundo en vías de desarrollo. Este trabajo no constituye una relación exhaustiva de los proyectos innovadores y programas que están actualmente en marcha; sin embargo ofrece una muestra amplia de experiencias innovadoras y una gran cantidad de lecciones aprendidas.

La investigación también se basa en una extensa revisión de literatura derivada en más de 400 términos de búsqueda que dejaron al descubierto que existen cerca de 2,850 reportes publicados, artículos de revistas, libros, e información recopilada por medios electrónicos. Una lista de temas de búsqueda está disponible en el sitio web de la GTF.CCC (*gtfccc.harvard.edu)*. Varios reportes previos proporcionaron una base para desarrollar gran parte del análisis, incluyendo *"Cancer Control Opportunities in Low and Middle Income Countries"* publicado por el *Institute of Medicine of the National Academices* (2007) de EE.UU. y el *"Global Status Report on NCDs: 2010"* de la Organización Mundial de la Salud.

Organización del Reporte

Cerrando la Brecha del Cáncer está organizado en tres componentes:

- Parte I: **MUCHO DEBE HACERSE**;
- Parte II: **MUCHO PODRÍA HACERSE**; y
- Parte III: **MUCHO PUEDE HACERSE**.

La primera parte del Reporte, *"Mucho Debe Hacerse"*, está dividida en tres secciones. La Parte I, incluida la Visión en Conjunto y dos secciones adicionales, presenta los argumentos generales que apoyan un llamado a la acción. La segunda sección demuestra que la prevención, el tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer son una imperativa para la salud y para la equidad. La tercera sección identifica los importantes costos del no actuar.

La segunda parte del Reporte, *"Mucho Podría Hacerse"*, describe la estrategia diagonal para fortalecer los sistemas de salud a través del cuidado y control del cáncer, con un enfoque en cronicidad, y resalta las estrategias posibles y los elementos esenciales para los programas de ACC en países de mediano y bajo ingreso.

"Mucho Puede Hacerse", la tercera parte del Reporte, ofrece respuestas a las barreras fundamentales para ampliar la ACC en un marco de cobertura universal. Estas barreras son: el acceso limitado a los servicios, la utilización ineficiente e injusta de recursos globales, la falta de protección financiera y por ende el excesivo gasto del bolsillo y gastos catastróficos en salud, la falta de evidencia e información acerca del cáncer y de la ACC, y la escasez de liderazgo a nivel global y nacional. A través de un análisis de casos, basado tanto en investigación primaria llevada a cabo en los países como en la revisión de la bibliografía existente, esta parte del Reporte identifica oportunidades para reducir la incidencia del cáncer, mortalidad, sufrimiento, y empobrecimiento en los países de ingresos bajos y medios. Esta sección del Reporte también destaca una serie de intervenciones contínuas en cada una de las seis áreas de la ACC.

La información en la tercera parte está organizada en cinco secciones que corresponden a cada una de las áreas en donde la GTF.CCC ha identificado oportunidades de acción que podrán ampliar en forma sustantiva el accesso a la ACC: innovaciones en la prestación de los servicios; costos y adquisición de medicamentos y servicios; organización del financiamiento nacional y global en formas novedosas; mejoramiento de la evidencia; y fortalecimiento de la rectoría y de la capacidad de liderazgo. Cada sección se basa en experiencias y lecciones aprendidas, tanto globales como nacionales. La mayor parte de éstas son descritas en estudios de caso y recuadros de texto. Los resultados detallan los beneficios de involucrar a todas las partes y los actores interesados, incluyendo al sector privado, sociedad civil, pacientes, comunidad académica, instituciones globales y bilaterales, organizaciones donantes, y gobiernos de las naciones. Cada sección concluye con una serie de recomendaciones específicas para las cinco áreas de acción.

El trabajo de la GTF.CCC y el Reporte se concentran en aspectos de detección oportuna y prevención secundaria, tratamiento, y cuidados paliativos, que han sido en gran parte ignorados en la bibliografía y esferas políticas. En contraste, como una gran cantidad de pruebas convincentes y de materiales que ya existen, el Reporte no se fija en programas para la prevención primaria a nivel poblacional asociados con el control del tabaco, actividad física, y nutrición. Sin embargo, la necesidad por continuar e incrementar la inversión en estos esfuerzos se enfatiza y se refuerza en este Reporte.

Basado en la evidencia obtenida y resumida en el Reporte, la GTF.CCC desarrolló recomendaciones y lecciones apropiadas e implementables en entornos de recursos limitados. Son varias las recomendaciones que podrán ser de utilidad en países y entornos de ingresos más altos.

El texto principal y análisis del Reporte se refuerza con material adicional contenido en recuadros de texto y el texto se refuerza con notas al margen. Además y para facilitar la lectura, cada sección del Reporte comienza con un resúmen de mensajes clave.

Esta publicación –*Visión en Conjunto*– ofrece un resumen general de los principales hallazgos, evidencias y recomendaciones del Reporte completo. Este documento resumen, por ser un punto de referencia para el Reporte en su conjunto, se encuentra en versión impresa. El Reporte completo, con el fin de garantizar el uso eficiente y sustentable de recursos y en apoyo a una política de apoyo al medioambiente, esta disponible únicamente en versión electrónica y gratuitamente en *http://gtfccc.harvard.edu/icb/icb.do*. Se ofrece al lector la opción de una versión en color y otra a una sola tinta más ecológico para su impresión, ambas en inglés y español.

Agradecimientos

Como principales arquitectos de este Reporte, agradecemos a los integrantes de la GTF.CCC, al Comité Técnico Asesor y especialmente a los Co-Presidentes Honoríficos, Su Excelencia la Princesa Dina Mired del Reino Hachemita de Jordania, y a Lance Armstrong. En particular al Dr. Lawrence Shulman –co-presidente de 2009 a 2011– por su dedicación, acompañamiento, inversión y compromiso con este proyecto y en la conceptualización y puesta en marcha de la GTF.CCC. Estamos muy agradecidos con quienes acompañaron al Secretariado muy de cerca preparando este Reporte: Sir George Alleyne, Rifat Atun, Paul Farmer, Mary Gospodarowicz, Julie Gralow, Nancy Keating, Ana Langer, Peter Piot, Peggy Porter, Jonathan Quick, Magdalena Rathe y David Scheer.

Quisieramos –por parte de la GTF.CCC en su conjunto– agradecer a Salomón Chertorivski Woldenberg, Secretario de Salud de México y Comisionado de la **GTF.CCC** desde 2010, por su dedicación y compromiso, mismo que hizo posible la presentación del Reporte en español y en consecuencia, su diseminación por la región de América Latina. El Dr. Alejandro Mohar, miembro del Comité Técnico Asesor de la GTF.CCC ha dado a este Reporte un gran impulso al organizar su lanzamiento regional desde el Instituto Nacional de Cancerología de México, mismo que reconocemos y apreciamos. Nuestro reconocimiento por la contribución de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que hizo posible la publicación del este Reporte en español; asimismo, agradecemos el apoyo del Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., y el empeño y dedicación de los equipos del programa Competitividad y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud y de Tómatelo a Pecho A.C. en la producción del texto en español, además del excelente trabajo de traducción de María Teresa Méndez, de la empresa MTM Translations, de Antonio Díez Herranz y de José Antonio de la Riva Fort.

Expresamos nuestra gratitud a nuestro equipo, el Secretariado, con sede en la Iniciativa de Harvard para la Equidad Global y el Departamento de Salud Global y de la Escuela de Medicina de Harvard y los colaboradores de la Fundación Mexicana para la Salud y de la Asociación Civil "Tómatelo a Pecho". Entre ellos: Héctor Arreola Ornelas, Amanda Berger, Afsan Bhadelia, Kathy Cahill, Grace Cho, Isabel Davis, Courtney Dickerson, Emily Durrant, Debra Keaney, Oscar Méndez, Sophia Michelen, Gustavo Nigenda, Sonia X. Ortega Alanis, Maja Pleic y Jennifer Puccetti, además de colaboradores como Zaid Bitar y Claire Neal.

Nuestro agradecimiento personal también a todos aquellos –mencionados en los reconocimientos a principio del Reporte en su conjunto– y particularmente a las instituciones que nos apoyaron, Universidad Harvard y la Fundación Lance Armstrong, que están representados en la GTF.CCC.

En nombre de los miembros de la GTF.CCC, agradecemos a todos y cada una de las muchas personas e instituciones que contribuyeron para convertir el Reporte en una realidad, especialmente a aquellos quienes lo hicieron al mismo tiempo que enfrentaron los efectos adversos de la enfermedad. La GTF.CCC también reconoce con gran respeto y admiración el trabajo de muchos pacientes cuyas experiencias proporcionan invaluables puntos de vista, así como a los proveedores de atención médica en países en desarrollo, quienes luchan día a día para ampliar el acceso a la atención y control del cáncer en entornos con recursos limitados.

Felicia Marie Knaul
Co-Directora del Secretariado, GTF.CCC
Directora, Iniciativa de Harvard para la Equidad Global
Presidenta y Fundadora, Tómatelo a Pecho, A.C.
Economista Principal, Fundación Méxicana para la Salud, A.C.

Sudbury, MA, EE.UU. y Cuernavaca, Mor., México
Febrero de 2012

Julio Frenk
Decano de la Facultad, Escuela de Salud Pública de Harvard
T&G Angelopoulos Profesor de Salud Pública y Desarrollo Internacional,
Escuela de Salud Pública de Harvard y Escuela Kennedy de Harvard
Co-Presidente de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer

Sudbury, MA, EE.UU. y Cuernavaca, Mor., México
Febrero de 2012

Visión en Conjunto

Visión en Conjunto

Los países en desarrollo* comparten un desafío emergente que aún no ha sido reconocido: la cada vez más prevalente carga de enfermedades crónicas y no transmisibles (ECNT). Este emergente desafío se suma –y dificulta la respuesta– a la carga de enfermedades que se asocian con la pobreza y el "subdesarrollo" y con frecuencia relacionadas a infecciones prevenibles y a problemas de salud reproductiva.[1] El cáncer, un complejo grupo de enfermedades devastadoras, ejemplifica claramente las complejidades e inequidades del reto epidemiológico que enfrentan los países en desarrollo (PD).

El cáncer constituye también un reto al desarrollo económico y humano mismo que en sí es causa y efecto de la pobreza. La discapacidad a largo plazo y la cronicidad del gasto en servicios de salud y cuidados asociados con el cáncer empobrecen tanto a las familias como a los sistemas de salud y contribuyen a la exclusión social. Al mismo tiempo, la pobreza, la falta de acceso a la educación y al cuidado de la salud y la discriminación exponen a la población a riesgos adicionales de sufrir y fallecer de diversos tipos de cáncer.

Existen flagrantes desigualdades entre pobres y ricos en cuanto a la incidencia y muerte de cánceres prevenibles y la muerte por cánceres que son tratables, como también en cuanto al dolor, al sufrimiento y al estigma asociados con la enfermedad. Estas disparidades constituyen la brecha del cáncer y demuestran que aumentar el acceso a la atención y control del cáncer es también un asunto de equidad.

Sin embargo, muchas personas creen y han formulado mitos sobre la atención y el control del cáncer que aún persisten y perduran. Estos mitos son: a) que solucionar el desafío del cáncer en los PD, con excepción de alguna prevención básica, es innecesario, b) que la solución es inalcanzable por costosa, c) que es imposible lograrla y, aún más pernicioso, d) que es inapropiado pues el esfuerzo requerido desviaría recursos de otra carga importante: las enfermedades transmisibles. Estos cuatro mitos dificultan y socavan el trabajo que la comunidad global dedica a la atención y control del cáncer (ACC por sus siglas en inglés) y de otras enfermedades crónicas y no transmisibles.

A continuación se expone la evidencia que refuta los cuatro mitos que tanto perjudican los esfuerzos para disminuir la brecha del cáncer por medio del creciente acceso a la ACC en los países en desarrollo.

Mito 1: La ACC es innecesaria porque la carga del cáncer es poca en los PD.

- Cada año más de la mitad de los nuevos casos de cáncer y dos tercios de las muertes de cáncer ocurren en los PD.
- El consumo del tabaco es causante al menos del 30% de todas las muertes de cáncer, y de acuerdo a las tendencias actuales, morirán un billón de personas por esta causa en el siglo XXI, la gran mayoría en los PD, en donde viven 80% de las personas que fuman.
- El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad entre las mujeres mexicanas de 30 a 54 años.
- Para niños entre los 5 y 14 años de edad, el cáncer es la tercera causa de mortalidad en los países de ingresos medios y bajos, la cuarta en países de ingreso medio-bajo y la octava en los países de bajos ingresos.
- En los PD dos cánceres –el de mama y el cervicouterino– causan casi el mismo número de muertes en mujeres en edad reproductiva que la mortalidad materna (ver Sección 2 del Reporte).

*Para fines de este documento, cuando nos referimos a "Países en Desarrollo" estamos considerando al grupo de países de ingresos medios y bajos, de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial; pero a su vez también lo hace para la clasificación entre países en vías de desarrollo, así como aquellos recientemente industrializados o emergentes.

- **Mito 2: LA ACC es inalcanzable por ser demasiado costosa para la mayoría de los PD.**
  - Es demasiado baja la proporción del gasto total en ACC invertido en PD –sólo el 5%– dado que casi el 80% de la carga global del cáncer ocurre en esos países; esto constituye un desequilibrio asombroso de 5/80.
  - El costo global de la productividad perdida por el cáncer es mayor que el costo estimado de su prevención y tratamiento. Por otra parte el cáncer precipita el empobrecimiento de muchas familias.
  - El costo económico total del tabaco disminuye el producto interno bruto mundial en un 3.6% al año. Se estima que entre 2020 y 2030 el costo económico global por consumo de tabaco aumentará al doble. En contraste, la implementación acelerada del control del tabaco en países como China y la India costaría menos de $ 0.16 USD por persona por año.
  - Muchas de las intervenciones para la ACC cuestan menos de lo que se supone: de los 29 farmacéuticos claves usados en el tratamiento de los cánceres tratables más prevalentes en los PD, 26 son actualmente libres de patentes; esto implica que los tratamientos son de relativamente bajo costo llegando a representar menos de $100 USD por régimen completo para la mayoría de los medicamentos. El costo total para cubrir el tratamiento farmacológico de los casos no atendidos del cáncer cervicouterino, el linfoma de Hodgkin y la leucemia linfoblástica en niños de 0 a 14 años de edad en los PD es aproximadamente $115 millones de USD. En los países de bajos ingresos se ha logrado una disminución del 90% en el precio de vacunas para el VPH y la hepatitis B.

- **Mito 3: La ACC es imposible porque los PD no tienen los recursos humanos o físicos adecuados para respaldar el tratamiento y la atención de la salud.**
  - Los programas de detección oportuna para cáncer de mama y cáncer cervicouterino pueden integrarse con los programas contra la pobreza, de salud materno infantil, de salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA.
  - El Centro King Hussein para el Cáncer en Jordania ha sido certificado como centro de tratamiento especializado por la *Joint Commission*.
  - En los PD la telemedicina se ha usado en forma efectiva para ampliar la capacidad de tratamiento del cáncer y especialmente de los cánceres de los niños. En El Salvador, el enlace entre los hospitales locales y el hospital de San Judas en Menfis ayudó a lograr, en los primeros cinco años de colaboración, un aumento del 10% al 60% en la tasa de sobrevivencia de niños con leucemia linfoblástica aguda.
  - En lugares de escasez aguda de recursos, como Haití, Malawi y Ruanda, en los servicios de atención de primer y segundo nivel donde no se cuenta con oncólogos pueden proveer quimioterapia con la ayuda de enlaces con especialistas y centros especializados.
  - En México el Seguro Popular cubre todos los cánceres de la niñez. Desde el inicio de esta política que elimina las barreras financieras en el acceso a tratamiento, la sobrevivencia a 30 meses ha aumentado de aproximadamente el 30% a casi el 70%.
  - Para los 5.5 millones de pacientes con cáncer terminal que sufren sin necesidad de dolor moderado o severo porque no pueden accesar medicamentos para su alivio, los programas nacionales pueden eficazmente aumentar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales paliativos a bajo costo.

- **Mito 4: La ACC es inapropiada en los PD porque distrae recursos de las enfermedades con alta carga para las cuales existen tratamientos e intervenciones comprobadas.**
  - La expansión de la ACC puede fortalecer los sistemas de salud en formas que benefician a todos los grupos de la población y aumentan la capacidad de responder a una variedad de necesidades de salud. Un ejemplo es el control del dolor, que es esencial para muchos pacientes, y para las intervenciones quirúrgicas.

- Las distinciones entre enfermedades transmisibles y no transmisibles son cada vez menos relevantes. Muchos cánceres que agobian a las poblaciones en los PD están asociados con infecciones latentes no resueltas vinculadas con la pobreza: sarcoma de Kaposi (VIH/SIDA); cáncer cervicouterino (VPH), cáncer de hígado (Hepatitis B); cáncer gástrico (H. pylori); cáncer de vejiga (esquistosomiasis).
- El fracaso en proteger a las poblaciones contra los riesgos prevenibles asociados con el cáncer y otras enfermedades crónicas debilitará el desarrollo económico y el bienestar social, y expondrá a los países a un mayor riesgo, de no cumplir muchas de las Metas de Desarrollo del Milenio.
- Entre 50 y 60% de la mortalidad por cáncer en los PD puede evitarse mediante la aplicación de estrategias de prevención y tratamiento específicos y apropiados a las necesidades de cada país. Las muertes de cáncer de niños y adultos jóvenes representan muchos años de vida saludable perdidos innecesariamente.

En efecto, estos cuatro mitos son reconocidos por parte de los actores de la salud global porque fueron los argumentos usados hace apenas una década para justificar la falta de acción frente al VIH/SIDA. Afortunadamente en el caso del VIH/SIDA, estos mitos no tuvieron eco y cada uno de ellos fue refutado, y es así que se ha transformado de una enfermedad aguda y fatal a una enfermedad crónica.[2]

Este Reporte, ***Cerrando la Brecha del Cáncer***, desafia cada uno de estos mitos y prueba que no aplican para muchos cánceres y para muchos tipos de intervenciones. El control de los factores de riesgo y la prevención del cáncer son dos de las prioridades más altas de los PD. Además, existen tratamientos, opciones de atención, programas de protección financiera y modelos de prestación de servicios que pueden aplicarse bajo condiciones de recursos limitados. Al mismo tiempo, el control del dolor debe y puede manejarse siempre. Más aún, muchos de estos hallazgos también se aplican a una amplia gama de enfermedades crónicas no transmisibles.

La historia de Francine

Francine tenía once años cuando llegó al Hospital Rwinkwavu en Ruanda en 2005. Esto fue sólo unos meses después de la inauguración del hospital con el apoyo de la asociación civil Partners in Health (PIH).

Ella y su papá habían atravesado Ruanda en busca de una cura para el enorme tumor que le abultaba la mejilla derecha. Era obvio que si éste no se trataba, eventualmente el cáncer la mataría. Según Francine: "Mis papás casi se habían dado por vencidos". Antes de llegar a Rwinkwavu la familia había consultado muchos médicos y curanderos tradicionales. Los médicos, que carecían de equipo de diagnóstico o conocimientos de oncología, no tenían una respuesta. Pero aun cuando un médico logró hacer un diagnóstico provisional, la familia de Francine, agricultores pobres de subsistencia, no podía pagar el tratamiento.

Francine estuvo en la sala pediátrica de Rwinkwavu varios meses mientras el tumor continuaba creciendo y los médicos y enfermeras trataban de decidir si sería posible hacer, por primera vez, un tratamiento de cáncer en este pequeño hospital rural. Gracias a los vínculos con médicos en algunas instituciones de los EE.UU. eventualmente se pudo hacer el tratamiento. Una muestra de tejido se envió, para su diagnóstico, al laboratorio de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades; un oncólogo pediátrico en el Centro Médico Darmouth-Hitchcock aconsejó la creación de un régimen de tratamiento que fuera seguro bajo las condiciones locales y PIH pagó por la quimioterapia y otras medicinas.

Después de varias reuniones con la familia y de entrenamiento del personal de Rwinkwavu por parte de una pediatra de PIH (la Dra. Sara Stulac, quien también es autora de este resumen de la historia de Francine) la joven empezó a recibir quimioterapia. Semana tras semana el tumor se redujo y después de nueve semanas de quimioterapia, ella tuvo una operación para remover el tumor residual. La cirugía tuvo lugar en el hospital nacional de referencia de Ruanda.

Posteriormente Francine regresó para un total de 8 semanas de quimioterapia. Su papá trabajó en la huerta del hospital y pudo sostener a su familia aun durante la larga hospitalización de su hija. Los médicos del hospital, las enfermeras y los trabajadores sociales se hicieron buenos amigos de Francine y de su familia mientras la acompañó durante el tratamiento.

Al momento de publicar este Reporte, en 2011, seis años después de su llegada a Rwinkwavu, Francine sigue viviendo libre del cáncer y es una estudiante feliz y sana en la escuela primaria local. Va con frecuencia a la sala pediátrica del hospital de Rwinkwavu para visitar a los pacientes y a sus amigos entre los empleados del hospital y a menudo enfatiza la importancia de garantizar que los otros niños que están enfermos tengan acceso a medicinas – como ella lo tuvo.*

La historia de Francine continúa ofreciendo inspiración y orientación para los programas que buscan ampliar el acceso a la atención y control del cáncer.

Sin embargo el desarrollo de programas para enfrentar el desafío del cáncer y otras ECNT en lugares de escasos recursos, es aún más complicado que en el caso del VIH/SIDA. Los programas para el cáncer tienen diferencias importantes debido a la complejidad de la atención, la gran cantidad de especialistas y medicamentos involucrados y los procedimientos especiales que se requieren. La patología, por ejemplo, es un gran obstáculo que hay que superar en muchos entornos. Es por esto que este Reporte, al igual que documentos anteriores, se enfoca en las muchas innegables oportunidades que existen para reducir la incidencia del cáncer, mejorar la supervivencia y ofrecer mejor cuidado paliativo.[3] La evidencia en el Reporte conduce el rumbo de la política hacia todo lo que sí se puede lograr, en lugar de sustraer recursos a través de un equivocado enfoque en lo que no se puede lograr en países con menores niveles de recursos.

La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) sobre la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles, llevada a cabo en septiembre de 2011, preparó el terreno para la acción necesaria para reducir las inequidades globales de acceso y resultados en cuanto a prevención y atención de las ECNT. De acuerdo a la declaración acordada en la AGNU, las ECNT son una prioridad para el desarrollo y para la salud. La declaración también pone un renovado enfoque en la importancia de las investigaciones y la cooperación internacional incluyendo el comercio. Los trabajos preparativos y la reunión misma involucraron un sinnúmero de participantes. Esto se refleja en el alto grado de participación de los jefes de estado y de gobierno como también en la incorporación de muchas recomendaciones hechas por la sociedad civil.[4]

Aunque la Declaración no llega a establecer objetivos y metas para reducir la carga de las ECNT, sí establece tareas específicas de corto plazo. En particular: el desarrollo, para finales del 2012, de un sistema global de monitoreo comprensible que incluya objetivos globales voluntarios e indicadores nacionales y propuestas para avanzar con acciones multisectoriales; políticas nacionales multisectoriales fortalecidas para 2013 y un Reporte sobre compromisos para 2014.[5]

Este Reporte sigue el importante hito global de la AGNU con respecto a las ECNT. Se propone contribuir en los procesos de establecimiento del sistema global de monitoreo y de la acción multisectorial esbozados en la Declaración.

*Se refiere a la versión en inglés.

Para proceder, la GTF.CCC sugiere cuales políticas apropiadas y eficaces basadas en la evidencia (planes de acción) serán identificadas, desarrolladas, evaluadas y ampliadas, involucrando a los representantes, en programas y foros inclusivos, de una variedad de actores. El Reporte ofrece un mapeo de planes de acción con respecto al cáncer que también puede ampliar la agenda de las ECNT.

Hay razones para **enfatizar el cáncer en el marco más amplio de la agenda de ECNT**. Primero, una respuesta efectiva al cáncer requiere que se desarrolle la capacidad para ofrecer prevención y tratamiento. **Esta creación de capacidades acerca del cáncer puede fortalecer los sistemas de salud en general.**

Por otra parte el patrocinio del cáncer puede fortalecer la agenda global de la salud y de las ECNT. Uno de los obstáculos para promover la acción y el compromiso financiero es que la abogacía acerca de las ECNT no alcanza inspirar o crear un sentido de urgencia. Esto es cierto especialmente al compararlas con las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA.[6,7] Sin embargo la historia demuestra que la propugnación del cáncer puede ser muy efectiva en estimular comunidades por medio de movimientos liderados por pacientes y sus familias.[8] En efecto, el respaldo al cáncer moviliza a sus interesados y sus simpatizantes en formas únicas que pueden ser usadas para cerrar la falsa brecha entre las enfermedades transmisibles y las ECNT.

El cáncer es en realidad una ECNT cuya urgencia se puede "transmitir". Es una de las enfermedades para las cuales **la comunicación efectiva puede catalizar un movimiento global**.[9] La abogacía y el activismo acerca del cáncer, si bien situados con relación a la agenda para fortalecer el sistema de salud, pueden presentar la cara humana de las ECNT y convertir el cáncer y otras enfermedades crónicas en una prioridad para las agendas globales y nacionales de salud.

Abogar a favor de un mayor acceso a la ACC en los PD no tiene que ser y no debe ser a expensas de atender otras prioridades de la salud.[10] La evidencia que se presenta en este Reporte demuestra que la ACC puede diseñarse para fortalecer los sistemas de salud de tal modo que ayude en los esfuerzos para solucionar los retos de las ECNT, lograr las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) y promover una amplia agenda de desarrollo económico y humano.

El control de los factores de riesgo debe tener un papel primordial en cualquier esfuerzo para controlar las ECNT en los PD. Según la evidencia disponible es obvio que debe implementarse inmediatamente un grupo de intervenciones eficaces, de alta prioridad y de bajo costo para evitar una crisis inminente y enormes implicaciones de las ECNT sobre la salud y el desarrollo social, económico y humano. El control del tabaco es clave y requiere una implementación acelerada del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (FCTC, siglas en inglés) como se indicó en la declaración de la AGNU sobre las ECNT. Adicionalmente, la prevención de los daños por consumo de alcohol y la promoción de una dieta sana y actividad física son prioridades para los PD.[11-13] Estas son lecciones importantes tanto para los países de ingresos altos como los de bajos recursos.

Sin embargo, una perspectiva que se enfoca solamente en el manejo de factores de riesgo no es suficiente para responder al desafío del cáncer en los PD. Muchos cánceres no están asociados con factores de riesgo conocidos, especialmente en el caso de los niños. Así que además de apoyar incondicionalmente los esfuerzos para prevenir los cánceres del mañana a través de la reducción de factores de riesgo, la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en los Países en Desarrollo (GTF.CCC por sus siglas en inglés) urge **la acción inmediata requerida para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación**.

Este Reporte está en desacuerdo con el punto de vista de "sólo prevención" con respecto a lo que puede hacerse sobre el cáncer. El supuesto de que los cánceres se quedarán sin tratamiento en los países pobres se debe desafiar, así como se desafiaron hace más de una década los argumentos similarmente infundados contra ofrecer tratamiento para el VIH/SIDA. En el caso del cáncer, como lo fue con el VIH/SIDA, la prevención es de suma importancia, pero también lo son el tratamiento, la sobrevivencia y los cuidados paliativos. Lo siguiente se dijo sobre VIH/SIDA en el 2001, y continúa siendo aplicable al VIH/SIDA como enfermedad crónica, lo mismo que a los cánceres: "La creencia de que el tratamiento puede ser reservado para aquellos que viven en países ricos, mientras que la prevención es la suerte de los pobres, sería menos repugnante si tuvieramos medidas de prevención altamente eficaces".[14] En realidad, el incremento en el acceso a la prevención y al cuidado del VIH/SIDA debe considerarse como uno de los más grandes logros en la historia de la salud global.

"La creencia de que el tratamiento puede ser reservado para aquellos en los países ricos, mientras que la prevención es la suerte de los pobres, sería menos repugnante si tuviéramos medidas de prevención altamente eficaces."[14]
Paul Farmer, et al.

El debate sobre "una postura o la otra" –la prevención o el tratamiento, enfermedad infecciosa o enfermedad no transmisible–, son excusas para la inacción y crean barreras. El presente debate ubica el cáncer en una posición tal que las enfermedades transmisibles se encuentran en oposición a las no-transmisibles y fomenta la competencia en lugar de la complementariedad en una situación de recursos escasos, menoscabando así la comunicación efectiva de la urgente necesidad de acción.

La salud global requiere una estructura que incluya la descuidada área del trabajo en ECNT y que al mismo tiempo cierre la falsa brecha entre enfermedades transmisibles y no transmisibles.[15] Esta estructura debe también cultivar y facilitar el trabajo en paralelo entre todas las ECNT lo cual constituye un estrategia de gran importancia tanto en los países ricos como en los de más bajos ingresos.

La estrategia diagonal que se presenta en este Reporte ofrece este tipo de estructura.[16] Se aleja y rechazan los malentendidos que hoy día debilitan la efectividad de la acción y promueve una respuesta de "Sí, podemos" haciendo énfasis en lo que se puede, en lugar de lo que no se puede hacer. La perspectiva diagonal transforma los debates improductivos acerca de qué se debe negar a los pacientes pobres con cáncer, en una búsqueda de oportunidades que fortalezcan el sistema de salud para todos.

La estrategia diagonal propone que las intervenciones prioritarias deben impulsar las mejoras que se necesitan en el sistema de salud. En lugar de concentrarse en programas verticales que son específicos a una enfermedad dada o en iniciativas horizontales que se ocupan de las limitaciones del sistema entero, la estrategia diagonal trata de lograr ambos.[17]

Las aplicaciones de la perspectiva diagonal al ACC incluyen: el control del uso del tabaco para ayudar en la prevención de ciertos cánceres como también reducir las enfermedades respiratorias y cardiovasculares; la promoción de la actividad física y la alimentación sana para reducir el riesgo de diversas ECNT; el empoderamiento de la mujer ampliando su conocimiento acerca de la prevención del cáncer cervicouterino y la detección temprana del cáncer de mama, con intervenciones implementadas a través de programas de salud sexual y reproductiva; el fortalecimiento de los sistemas de salud para apoyar el acceso a medicinas que controlen el dolor, para todos los pacientes (ver Sección 4 del Reporte).

Cerrando la Brecha del Cáncer* demuestra que los sistemas de salud deben, podrían y pueden ser fortalecidos para responder al complejo conjunto de enfermedades representada por el cáncer, que hoy caracteriza el perfil epidemiológico de todos los países, ricos y pobres.

*Consulte el Reporte en extenso en http://gtfccc.harvard.edu/

I.i. MUCHO DEBERÍA HACERSE:
CERRAR LA BRECHA DEL CÁNCER ES UN IMPERATIVO DE EQUIDAD Y UNA PRIORIDAD PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO Y HUMANO

El panorama del cáncer ha cambiado dramáticamente en menos de una generación. Aunque el desafío del cáncer no se ha vencido todavía, el horizonte es prometedor. Muchos de los cánceres que se consideraban sentencias de muerte, hoy en día pueden ser prevenibles o curables. Para muchos pacientes, en lugar de morir de ella, el cáncer es una enfermedad crónica con la que viven.

La sobrevivencia es una dimensión emergente de la atención y control del cáncer. Esto se debe a que para algunos cánceres, aunque desafortunadamente no para todos, una gran proporción de pacientes sobrevive la enfermedad y el tratamiento y pueden disfrutar de una vida sana. Gracias a estos éxitos el estigma del cáncer ha disminuido, en gran parte debido a los esfuerzos del movimiento de la supervivencia. Las ganancias de la supervivencia y la disminución del estigma son revolucionarias para una enfermedad que no hace muchos años era sinónimo universal del sufrimiento, el estigma y la muerte para las personas a todos los niveles de ingreso.[18]

Sin embargo, las mayores oportunidades de sobrevivencia y las menores dificultades en la lucha para lograrla no son universales. Los éxitos se limitan más que todo a los países e individuos ricos. En los PD, son escasos los beneficios del progreso en el entendimiento, la prevención, tratamiento y cuidado de la población con cáncer.

Y sin embargo, es precisamente en los PD donde ocurren más de la mitad de los cánceres diagnosticados y dos terceras partes de las muertes de cáncer. El cáncer, que en un tiempo se consideró un problema exclusivo de los países de altos ingresos, se ha convertido en la principal causa de mortalidad y discapacidad en el mundo en desarrollo. A nivel mundial, para 2008, más del 55% de un total de 12.7 millones de casos de cáncer y un 64% de las 7.6 millones de muertes de cáncer ocurrieron en los PD.[19] Se estima que en el año 2030 los PD tendrán 27 millones de casos de cáncer y 17 millones de muertes por la enfermedad.[20-22]

El cáncer ya no es una enfermedad restringida a los ricos y en general, lo mismo pasa con las ECNT. Para mujeres entre los 15 y los 49 años de edad que viven en África Subsahariana la probabilidad de muerte o discapacidad a causa de ECNT es cuatro veces mayor que la de las mujeres que viven en países de altos ingresos.[23,24]

"La posibilidad de una cura, la oportunidad de vivir, no debería ser un accidente de la geografía."
SAR Princesa Dina Mired de Jordania.

El incentivo para tomar acción no debe basarse únicamente en las cifras. El mayor acceso de los PD a la atención y control del cáncer es un imperativo de equidad. Mientras que con frecuencia los ricos pueden vivir con el cáncer, los pobres mueren, con dolor, de esas mismas enfermedades. El acceso a la posibilidad de prevenir y sobrevivir el cáncer no debería depender del ingreso o de la geografía pero éste es el caso.

Para el cáncer también está ocurriendo una "prolongada y polarizada transición epidemiológica", en la cual las poblaciones enfrentan simultáneamente enfermedades emergentes crónicas y no transmisibles, mientras que batallan con las enfermedades asociadas con la pobreza y el subdesarrollo.[25] Esta transición del cáncer está ampliando aún más la enorme brecha entre ricos y pobres (ver Sección 2 del Reporte).

Los cánceres prevenibles, tales como el cervicouterino, de hígado y de pulmón, cuya incidencia se encuentra en descenso en los países de altos ingresos, están muy lejos de estar controlados en los PD. Simultáneamente esta aumentando la incidencia de los cánceres –como el de mama– que han sido históricamente menos comunes en los países de ingresos bajos. A medida que las políticas para controlar los factores de riesgo, como el acceso a la vacunación, y la detección temprana, se vuelven universales en los países de ingresos altos, la concentración de éstos cánceres en los PD se hará más evidente.

Esta acumulación de cánceres que son prevenibles pero que no se han atendido se combina con el desafío que presentan todos los otros cánceres que se pueden tratar o paliar pero que no pueden ser prevenidos. Todo esto está creando una doble carga del cáncer para los PD.

La desigualdad (a la que nos referimos en este Reporte como la brecha del cáncer) en los efectos del cáncer para los países ricos y pobres está relacionada directamente con las desigualdades subyacentes con respecto al acceso al cuidado de la salud y a las condiciones socioeconómicas y del medio ambiente (ver Sección 2 del Reporte).[26] La brecha del cáncer es causada y agravada por la concentración en las poblaciones pobres del riesgo prevenible, la enfermedad, el sufrimiento, el empobrecimiento que conlleva la mala salud y la muerte. Más aún, la brecha probablemente se hará más amplia y más profunda en las próximas décadas si los frutos del progreso en la ciencia y en la medicina continúan no siendo disponibles en los PD.

Cinco aspectos de la brecha del cáncer

1. Factores de riesgo asociados con los cánceres susceptibles a la prevención a través de cambios en el comportamiento de las personas (ej. fumar y el cáncer de pulmón) o una menor exposición a los riesgos ambientales (ej. contaminación del aire en el interior de edificios y el cáncer de pulmón).
2. Infecciones prevenibles para las que no existe vacuna y que están asociadas con el cáncer (ej. VIH/SIDA y Sarcoma de Kaposi), e infecciones que pueden prevenirse con vacunas o pueden ser detectadas y controladas en etapas precancerosas (VPH y el cáncer cérvicouterino).
3. Los cánceres para los cuales existe tratamiento, el cual con frecuencia es más efectivo con detección temprana (ej. el cáncer de mama).
4. El sufrimiento asociado con los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad o de su sobrevivencia, incluyendo la discriminación y el estigma.
5. El dolor y el sufrimiento físico asociado con todos los tipos de cáncer, incluyendo cánceres para los que no hay tratamiento efectivo ni prevención posible.

(Ver Sección 2 del Reporte)

La brecha incluye la gama entera de cánceres: los que pueden prevenirse a través del cambio de comportamiento o de una reducción de la exposición a los riesgos ambientales; aquellos que tienen su origen en infecciones prevenibles y los cánceres para los que existe tratamiento efectivo especialmente con detección temprana (algunos de éstos cánceres también son prevenibles).

Con respecto a la supervivencia, el cuidado paliativo y el control del dolor, la brecha existe para todos los cánceres. La facilidad de acceso a servicios, la disponibilidad de los últimos avances en tratamiento, el trabajo para abogar por la atención al cáncer, y la protección financiera, crean un ambiente tal en los países ricos que hoy en día la sobrevivencia sana es posible para muchos cánceres. Lo opuesto es el caso en los países en desarrollo, en donde el cáncer se ve todavía como una sentencia de muerte y el estigma asociado con la enfermedad y con los efectos del tratamiento (agravados por la discriminación que conlleva el género, la etnicidad y el estado socioeconómico) demasiadas veces limitan la búsqueda de atención, lo que propicia consecuencias fatales aun cuando la cura es posible y al alcance económico del enfermo.

El control del dolor, un problema de todos los cánceres y de muchas otras enfermedades, representa el ejemplo más sensible e insidioso de la brecha del cáncer. El dolor no controlado se considera inaceptable en la mayoría de los países de altos ingresos, al menos para los ricos. Sin embargo, y a pesar de que el costo de controlar el dolor es a menudo bajo, muchos grupos carecen de acceso a esta intervención básica de salud que podría considerarse un derecho humano fundamental.

Al cuantificarlas, estas desigualdades son atroces. Aproximadamente 90% del cáncer cervicouterino ocurre en los PD. Más de la mitad de las mujeres con cáncer de mama mueren de su enfermedad en comparación con menos de la cuarta parte en países de ingresos altos. En Canadá, alrededor del 90% de los niños con leucemia linfoblástica aguda se curan, pero en los países más pobres del mundo lo inverso es el caso: más del 90% de los niños morirán de la enfermedad. Los países de altos ingresos tienen menos del 15% de la población mundial y más del 94% del consumo de morfina.[27] En el África subsahariana 1.1 millones de personas mueren con dolor y el consumo de opioides es suficiente para tratar sólo 85,000 personas.[28]

La amplitud de la brecha del cáncer con respecto a la prevención, el tratamiento y el control del dolor

La disparidad en la distribución global de logros en la prevención y tratamiento de los cánceres y en el acceso a la más básica tregua para el sufrimiento, el control del dolor, es enorme. La tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino, la proporción mortalidad/incidencia en cánceres de la niñez y cáncer de mama y el consumo de opioides (no metadona) por cada muerte de VIH/SIDA o de cáncer con dolor, ilustran la magnitud de la brecha del cáncer. Estas desigualdades son evidentes dentro de cada país, entre regiones y por nivel de ingresos.

Para el decil (10%) más pobre de los países del mundo, la tasa promedio de mortalidad de cáncer cervicouterino (un cáncer altamente prevenible si se detecta en las etapas precancerosas) para mujeres adultas es 36% en comparación con 3% en los países del decil más rico. La letalidad (usando como proxy mortalidad/incidencia para un año dado)[29] para los cánceres infantiles y de mama es mucho más alta para los países más pobres. Un niño diagnosticado con cáncer, que vive en uno de los países más pobres, tiene un 80% de probabilidad de morir comparada con menos del 30% en uno de los países más ricos. La variación en el acceso al control del dolor es enorme: va de 54 mg por muerte de VIH/SIDA o de cáncer con dolor en el decil más pobre a casi 97,400 mg. en los países del decil más rico del mundo.

Aun dentro de regiones con el mismo nivel de ingreso las diferencias son grandes. Esto indica que el nivel de desarrollo no es el único determinante de logros o de acceso. También sugiere que algunos países, a pesar de sus bajos ingresos, son relativamente capaces de enfrentar el reto del cáncer. Para los cinco países de bajos ingresos con la tasa más alta de mortalidad de cáncer cervicouterino, el promedio es 57% comparada con una tasa de 6% para los cinco países de bajos ingresos con la tasa de mortalidad más baja. Para cánceres de la niñez la letalidad tiene una variación entre 0.90% y 0.42%, o sea que, 90% de los niños morirán de la enfermedad en los países con los peores indicadores, comparado con 40% en otros países de bajos ingresos donde es más probable que existan opciones de tratamiento. El acceso al control del dolor es 31 mg comparado con 500 mg.

Aun en el grupo de países de alto ingreso hay variación en el desempeño. Para el cáncer cervicouterino las cifras de mortalidad varian de 16 a 1; para la letalidad de cánceres de la niñez la variación es particularmente alta con una diferencia de 16 veces; y entre mortalidad e incidencia para cáncer de mama la variación es de 0.61 a 0.14. Esto sugiere que algunos países de altos ingresos tienen indicadores de mortalidad/incidencia en los cánceres de la niñez y de mama que son similares a los de las naciones más pobres del mundo. La variación extrema en miligramos de medicinas para el control del dolor refleja la falta de acceso y también muy altos niveles en unos pocos países de altos ingresos.

Para PD en las diferentes regiones, los datos también demuestran que la brecha del cáncer es grande. En la región de África todos los promedios son relativamente bajos. Aun en los países con los mejores resultados, 70% de los niños con cáncer y 50% de las mujeres con cáncer de mama probablemente morirán y el acceso al control del dolor es menos de 1,750 mg para los pacientes de VIH/SIDA que morirán con dolor. En Asia, la variación de los indicadores es especialmente amplia para cáncer cervicouterino, de mama y cánceres de la niñez.

Los cinco países con la más alta letalidad para cáncer de la niñez tienen un promedio de 0.94, lo cual implica que casi todos los niños con cáncer mueren. Aun en los países con los mejores indicadores, más del 40% de los niños con cáncer mueren. Para el cáncer de mama las cifras van del 25% a casi el 60%. En la región mediterránea oriental, la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino es relativamente baja; las demás cifras indican problemas severos. La relación entre mortalidad e incidencia para cánceres de la niñez es 0.82 para los cinco países con las tasas más altas, y 0.71 para los cinco países con las tasas más bajas. Para el cáncer de mama, las cifras son 0.62 y 0.45. El acceso a las medicinas para controlar el dolor varía de 422 mg a un poco más de 7,100 mg. Para los PD de la región europea (excluyendo los países de ingresos altos), la probabilidad de sobrevivir el cáncer de la niñez es más de tres veces en los países con el mejor desempeño en comparación con los países con los peores resultados. Para el cáncer de mama la diferencia es más del doble. En Latinoamérica y el Caribe los niveles y las diferencias en la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino son altas y la letalidad varía por un factor de más de 2 para los cánceres de la niñez. Para el cáncer de mama los niveles y la variación tienden a ser menores. Hay también menos variación en el acceso al control del dolor, pero el nivel promedio, aun para los países con el consumo más alto, es solamente 6,600 mg por muerte con dolor, de cáncer o de VIH/SIDA.

Estas diferencias entre países y regiones pobres y ricos no son sorprendentes dado que sólo el 5% del gasto global en cáncer ocurre en los PD. Estos países presentan casi el 80% de la carga global del cáncer en términos de los años de vida perdidos por la enfermedad, lo cual resulta en un increíble desequilibrio de 5/80 para el cáncer en cuanto a la inversión global en prevención, tratamiento, paliación e investigación sobre el cáncer.[30,31]

Por lo tanto los PD se encuentran ante una seria escasez de infraestructura física y humana para hacerle frente al desafío del cáncer.[32-35] Por ejemplo, en Honduras se cuenta con menos de veinte oncólogos para una población de ocho millones de personas. En Etiopía hay cuatro oncólogos para más de 80 millones de personas.[36]

Similar escasez se presenta en el caso de otros servicios especializados que son esenciales para tratar el cáncer, tales como la patología y en el acceso a centros terciarios donde se llevan a cabo el diagnóstico, la cirugía y tratamientos específicos como la radioterapia. De acuerdo a la Asociación Internacional de Energía Atómica, los países de altos ingresos cuentan con el 70% de los equipos para radiación en el mundo y 30 países, la mitad de ellos en África no tienen aparatos para ofrecer radioterapia. En Norteamérica existen 6 unidades de 6 megavoltios por cada millón de habitantes en comparación con 0.5 en los PD. Estas desigualdades tienden a afectar a las mujeres en mayor proporción, pues ellas constituyen la mayoría de los pacientes que requieren radioterapia.[37]

Tabla 1

Mortalidad por cáncer cervicouterino, proporción de mortalidad e incidencia de cáncer en niños y cáncer de mama, y el consumo de opioides, no metadona, por muerte de VIH/SIDA o cáncer en dolor; promedios por región de ingresos y geográfica

			Cáncer cervicouterino[b] (15 o más años de edad)	Todos los cánceres de niños (0-14 años de edad)[b]	Cáncer de mama (40-69 años de edad)[b]	El consumo de opioides, no metadona[c] (morfina equivalentes)
			Mortalidad (tasa por 100,000)	**Mortalidad/ Incidencia**	**Mortalidad/ Incidencia**	**Por muerte de VIH o cáncer en dolor (mg)[c]**
Ingreso de País	Decil 1 (el 10% más pobres de los países)		36	0.80	0.60	54
	Decil 10 (el 10% más ricos de los países)		3	0.28	0.25	97,396
	Ingresos bajos	Promedio de los 5 peores	57	0.9	0.7	31
		Promedio de los 5 mejores	6	0.42	0.35	522
	Ingresos medio bajos	Promedio de los 5 peores	35	0.98	0.64	148
		Promedio de los 5 mejores	1	0.29	0.30	4,716
	Ingresos medio altos	Promedio de los 5 peores	24	0.88	0.56	964
		Promedio de los 5 mejores	4	0.19	0.25	8,970
	Ingresos altos	Promedio de los 5 peores	16	0.83	0.61	7,456
		Promedio de los 5 mejores	1	0.05	0.14	150,869
Región Geográfica	África	Promedio de los 5 peores	57	0.93	0.66	19
		Promedio de los 5 mejores	13	0.69	0.47	1,724
	Asia[d]	Promedio de los 5 peores	25	0.94	0.58	358
		Promedio de los 5 mejores	7	0.42	0.25	9,656
	Mediterráneo del Este[d]	Promedio de los 5 peores	15	0.82	0.62	422
		Promedio de los 5 mejores	2	0.71	0.45	7,136
	Europa[d]	Promedio de los 5 peores	16	0.61	0.53	330
		Promedio de los 5 mejores	5	0.20	0.30	11,332
	América Latina y el Caribe[d]	Promedio de los 5 peores	29	0.68	0.39	748
		Promedio de los 5 mejores	10	0.30	0.25	6,612

[a] World Development Indicators, 2008. Banco Mundial. (http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/).

[b] Fuente para mortalidad por cáncer cervicouterino 15+; M/I canceres en 0-14; M/I cáncer de mama 40-69; y M/I NHL 15+ Globocan 2008; http://globocan.iarc.fr/. Tomados directamente de la base de datos en línea.

[c] Fuente para consumo de opioides per cápita y por muertes de VIH o cáncer: Metodología de GAPRI disponible en http://www.treatthepain.com/methodology y University de Wisconsin Pain & Policy Studies Group http://www.painpolicy.wisc.edu/. Véase el Apéndice 1, Sección 2 del Reporte.

[d] No incluye países de altos ingresos.

La atención a la salud como una inversión en lugar de un costo es la filosofía que predomina hoy y que inspira las agendas de desarrollo humano, económico y del medio ambiente (ver Sección 3 del Reporte). Las enfermedades, especialmente las crónicas y catastróficas como el cáncer, reducen la productividad y llevan a las familias a la pobreza, al tiempo que menoscaban el crecimiento económico y el desarrollo humano.[38] Sin embargo el planteamiento antes mencionado es en gran parte ignorado en las decisiones de política global y nacional que se refieren al cáncer y a otras enfermedades crónicas.

La vida y el bienestar humano tienen un valor intrínseco e inmensurable que incluye la dimensión económica relacionada al flujo de ingreso que los individuos generarían al sobrevivir y la contribución que hacen al bienestar y la productividad de la familia y la sociedad.

La mayoría de los países en vías de desarrollo carecen de la infraestructura para brindar una atención de calidad para el cáncer y batallan con los altos costos que enfrentan para adquirir los medicamentos para tratar la enfermedad. Programas para la prevención y la detección oportuna son prácticamente inexistentes. Es esa la razón por la cual el costo del cáncer en países en desarrollo se paga con vidas."
SAR Princesa Dina Mired de Jordania

El Foro Económico Mundial (WEF por sus siglas en inglés), considera que, de acuerdo al impacto potencial de estas enfermedades en la productividad global y el desarrollo económico las enfermedades crónicas constituyen uno de los tres riesgos económicos principales.[39] El WEF previene en contra del punto de vista de corto plazo cuando se trata de los beneficios de la inversión en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas. La incapacidad de proteger a la población contra los riesgos prevenibles de salud asociados con las enfermedades crónicas, perjudicará inevitable y seriamente el desarrollo económico y el bienestar social.[40] Ignorar las ECNT pone a los países en un mayor riesgo de fracasar en el cumplimiento de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.[41]

Asimismo, el cáncer, las enfermedades crónicas y las ECNT son el resultado y la causa de la pobreza. Como ha observado Amartya Sen: "Los grupos más pobres no sólo corren más riesgos de adquirir enfermedades no transmisibles sino que una vez que desarrollan una de estas enfermedades, enfrentan además mayores adversidades médicas y económicas. Los pobres tienen menos recursos y menos acceso a la atención médica y con frecuencia enfrentan retrasos en el diagnóstico. Las enfermedades como el cáncer tienden, a consecuencia, a progresar a estados más avanzados que en el caso de los ricos, y esto conduce a niveles más altos de mortalidad y discapacidad. Los costos y las desventajas y desafíos económicos relacionados a estas enfermedades son también una causa importante en inclinar al hundimiento en la miseria de los hogares que ya enfrentan la pobreza."[42]

"Los grupos más pobres no sólo corren más riesgos de adquirir enfermedades no transmisibles sino que una vez que desarrollan una de estas enfermedades, enfrentan además mayores adversidades médicas y económicas. Los pobres tienen menos recursos y menos acceso a la atención médica y con frecuencia enfrentan retrasos en el diagnóstico. Las enfermedades como el cáncer tienden, a consecuencia, a progresar a estados más avanzados que en el caso de los ricos, y esto conduce a niveles más altos de mortalidad y discapacidad. Los costos y las desventajas y desafíos económicos relacionados a estas enfermedades son también una causa importante en inclinar al hundimiento en la miseria de los hogares que ya enfrentan la pobreza"[42]
Amartya Sen. Premio Nobel en Ciencias Económicas, 1998.

La brecha del cáncer empeorará aún más las disparidades entre países y dentro de los mismos. Cada año, a nivel mundial, los nuevos casos de cáncer, casi 13 millones y en aumento, traen una carga enorme, no sólo en términos de años de vida perdidos y sufrimiento, sino también en términos económicos.[43] Las consecuencias económicas de cada caso de cáncer incluyen los costos directos e indirectos del tratamiento, el ingreso no recibido por los pacientes y sus familias, por no poder trabajar durante el tratamiento y, de más importancia, la productividad perdida del paciente y la familia a causa de la muerte prematura y la discapacidad y la necesidad de atención que recae más que todo en las mujeres jóvenes.

El uso del tabaco constituye un enorme riesgo económico para los PD. La pérdida estimada por el uso del tabaco de $500 billones de USD (más que todo por las enfermedades relacionadas al fumar y su tratamiento) excede el gasto total anual en salud de todos los PD. Los costos económicos totales del uso del tabaco reducen el Producto Interno Bruto en un 3.6% anual. Además si las tendencias del fumar continúan, el futuro no tiene un buen augurio, pues entre 2030 y 2040 se proyecta que los costos económicos globales, por año, del tabaco lleguen a un trillón de USD.[44]

A diferencia del VIH/SIDA el cáncer es un grupo complejo de diversas enfermedades y varios tipos de cáncer no son tratables y ni siquiera prevenibles con los conocimientos médicos de hoy. Sin embargo la evidencia que se presenta en este Reporte muestra una imagen clara del subgrupo de cánceres que pueden ser prevenidos o tratados con éxito en situaciones de escasos recursos. Para los PD, un enfoque en el subgrupo de cánceres que pueden prevenirse o tratarse usando el conocimiento y avances médicos actuales podría reducir la mortalidad de manera significitava.

Según el análisis de la mortalidad evitable elaborado para este Reporte, entre 2.4 y 3.7 millones de muertes evitables de cáncer ocurren cada año.[45] Aproximadamente un 80% de esta mortalidad evitable ocurre en los PD. Estos estimativos consideran solamente aquellos cánceres para los cuales la prevención o el tratamiento pueden resultar en la cura o en un aumento substancial de la expectativa de vida sana.

El costo económico del cáncer y los beneficios de su cuidado y control

- Entre 2.4 y 3.7 millones de muertes evitables de cáncer ocurren cada año; el 80% en los PD.
- Las muertes de cánceres de niños y adultos jóvenes representan muchos años de vida saludable perdidos innecesariamente.
- El uso del tabaco representa un riesgo económico enorme y prevenible que reduce el producto interno bruto hasta en un 3.6% anual en los PD, de acuerdo con la *American Cancer Society*.
- El costo económico de las pérdidas de productividad combinado con los costos del tratamiento del cáncer es casi de $1.16 trillones de USD (2010), o aproximadamente 2% del PIB total global.
- El valor de las pérdidas que los individuos experimentan como resultado de no poder tener un ingreso, los gastos de bolsillo en salud, y el dolor y el sufrimiento llega a un total de $2.5 trillones de USD (2010), o sea, más del 4% del PIB global, de acuerdo a los estimativos del Foro Económico Mundial.
- La OMS estima que el costo de reducir factores de riesgo tales como el uso del tabaco y el uso nocivo del alcohol es de $2 billones de USD por año, para todos los PD, o sea menos de $0.40 USD por persona.
- La OMS demuestra también que la inclusión de un grupo limitado de intervenciones específicas para ECNT, tales como la inmunización contra la hepatitis B para prevenir cáncer de hígado y medidas para prevenir cáncer cérvicouterino, cuesta menos de $1 USD per cápita en los países de bajos ingresos, $1.50 en países de ingreso medio bajo y $3 en países de ingreso medio alto.
- El valor económico de la productividad perdida debido a muertes prevenibles de cáncer excede el costo del cuidado y control del cáncer por más de $130 billones de USD. Los ahorros potenciales son mucho más altos entre $540 billones y $850 billones de USD (2010) adicionales, teniendo en cuenta la percepción individual del valor del ingreso perdido por el sufrimiento.

(Ver Sección 3 del Reporte)

Una mayor proporción de muertes causadas por cáncer puede evitarse en los PD. Dependiendo de la región y el nivel de ingreso, entre 50 y 60% de la mortalidad del cáncer es evitable, en comparación con 35% en los países de altos ingresos.

Las muertes de cáncer que afectan a los niños y a los adultos jóvenes representan muchos años de vida saludable perdidos innecesariamente. Los países ricos han podido prevenir muchas de estas muertes mientras que los países con bajos ingresos no han podido hacerlo. Estos "cánceres susceptibles" son ideales para abogacía y acción en los PD.

El costo total de la productividad por muerte prematura y discapacidad por cáncer en el mundo se estima en $921 billones (cifra aquí en adelante en USD de 2010).[46] Estas cifras se basan en el total de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISAs o DALYs por sus siglas en inglés) y el valor de la productividad del individuo sacrificado por muerte prematura.

El costo económico global de casos incidentes de cáncer por año, incluyendo costos médicos, costos de prevención, el tiempo de los cuidadores familiares y el transporte para el acceso al tratamiento es de $310 millones.[47]

El valor que representa para los individuos el ingreso perdido, el gasto de bolsillo para la salud y el dolor y el sufrimiento es de $2.5 trillones, más del 4% del PIB global. Este estimativo se basa en el método Valor Estadístico de Vida *(Value of Statistical Life)*.[48] Una estimación más conservadora, que combina los costos de tratamiento y las pérdidas de productividad, ubica el costo económico total anual del cáncer en cerca de $1.16 trillones, que corresponde a aproximadamente 2% del PIB global total. Esta cifra no incluye los considerables costos a largo plazo para los pacientes, familias y cuidadores que no están directamente relacionados con el período de tratamiento.

En todos los estimados, el valor económico de la vida humana que podría salvarse excede el costo de la ACC. El factor clave en estos cálculos es el valor de los años de vida saludable y productiva perdidos para la economía y para el individuo. Un estimado razonable de lo que el mundo podría haber ahorrado en el año 2010, con base en el valor económico de los AVISAs perdidos y si se hubiera invertido en la ACC, es de $131 billones. Los ahorros estimados son mucho más altos, entre $543 billones y $850 billones, si se toma en cuenta el valor reportado por los individuos para el ingreso perdido y el sufrimiento.

La expansión de la cobertura de prevención, detección y tratamiento, especialmente en los PD, requiere y merece inversión adicional. Esta inversión será más que compensada por las reducciones proyectadas en la carga económica de la enfermedad. Efectivamente, si el crecimiento de las ECNT no se detiene, la carga económica futura total de las enfermedades crónicas excederá por mucho los de costos ya experimentados para otros desafios en salud, incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis y malaria.[49]

Las conclusiones de un estudio de la OMS indican que el costo de ampliar la implementación de un núcleo de intervenciones y estrategias para ECNT es relativamente bajo. El costo de reducir los factores de riesgo, tales como el consumo del tabaco y el uso nocivo del alcohol se estima en $2 billones de USD por año para todos los PD, o sea menos de $0.40 de USD por persona. Al incluir un grupo limitado de intervenciones específicas (por ejemplo, en el caso del cáncer: vacunación contra la hepatitis B para prevenir cáncer de hígado y medidas para prevenir el cáncer cervicouterino) el costo aumenta a $9.4 billones de USD anuales. En total, el costo de este paquete implica una inversión anual per cápita de menos de $1 USD para los países de ingresos bajos, $1.50 USD para los de ingreso medio bajo y $3 USD para países de ingreso medio alto.[50]

Además no se debe tomar como immovibles los costos de prevención o de tratamiento, pues no son estáticos a través del tiempo. Las innovaciones científicas para prevenir y tratar el cáncer, aunque con frecuencia implica una inversión considerable en su desarrollo, surgen con cierta frecuencia y cambian el campo y la estructura de los costos. Por lo mismo, el precio de ciertos aspectos de la prevención y tratamiento del cáncer tienda a ser permeable, a pesar de los costos crecientes de las nuevas tecnologías y los medicamentos. Una economía de la esperanza sugiere un futuro en el cual la prevención y el tratamiento serán más accesibles a los pacientes y a los sistemas de salud de los PD.

Los éxitos en la reducción del costo de vacunas para los PD

- **La vacuna contra la hepatitis B:** La disminución del precio de lanzamiento de más de $100 USD/dosis (en adelante USD/dosis) en 1982, a $ 0.20 ha facilitado en los PD un aumento dramático en las tasas de vacunación con el apoyo de la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI por sus siglas en Inglés).
- **La Vacuna contra el VPH:** Antes de 2011 los precios variaban entre $30 y $100 en los PD. Por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los precios bajaron para los países elegibles, de $32 en enero de 2010, a $14 en abril 2011. Gracias al trabajo de la Alianza GAVI, a partir de Junio de 2011 Merck ofrece la vacuna a $5 para los países de ingresos bajos.[51]

(Ver Sección 7 del Reporte)

Cerrar la brecha del cáncer es un imperativo de equidad. Sin embargo, la existencia misma de la brecha está envuelta en un velo de ignorancia. Aún la propia comunidad global de la salud apenas empieza a percatarse de su existencia.

Uno de los objetivos de este Reporte y de la GTF.CCC es levantar ese velo y revelar el desafío amenazante que se cierne sobre la salud global. El mundo enfrenta un costo exorbitante al no enfrentar el reto del cáncer en los PD. Este desafío requiere una respuesta global inmediata y a gran escala.[52]

I.ii. MUCHO PODRÍA HACERSE: Un marco orientado hacia soluciones

Los sistemas de salud necesitan reinventarse para enfrentar la carga creciente de las enfermedades crónicas, tipificadas por el cáncer. Esto significa abandonar el modelo convencional que trata sólo enfermedades específicas y reemplazarlo con sistemas de salud interactivos y sinérgicos. Los nuevos sistemas de salud se fortalecerán a medida que adaptan y adoptan nuevos métodos para la prestación de servicios, el establecimiento de precios, las adquisiciones y el financiamiento. De hecho, la Serie *The Lancet* de 2010 sobre enfermedades crónicas argumenta que la inversión en el enfoque sistémico de las enfermedades crónicas es estratégica para los PD.[53]

El mejoramiento del acceso a la ACC y el fortalecimiento de los sistemas de salud se refuerzan mutuamente. Se necesitan sistemas de salud sólidos para prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer y otras enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, la expansión de la ACC puede lograrse en tal forma que fortalezca los sistemas de salud en general.[54] Este Reporte propone el uso del enfoque diagonal en el cuidado de la salud para el mutuo refuerzo entre la ACC y el fortalecimiento del sistema de salud al tomar en cuenta simultáneamente los objetivos generales de los sistemas de salud y a la vez, las prioridades e intervenciones asociadas a enfermedades específicas (ver la sección 4 del Reporte).[55,56]

Ampliar la AAC puede contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud y al desarrollo económico y social

- **La prevención – estilos de vida saludables:**
  - El control del consumo del tabaco es clave para prevenir ciertos cánceres y para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
  - La promoción de estilos de vida saludables reduce el riesgo de cáncer y de muchas otras ECNT.
  - Las actividades contra el consumo del tabaco y a favor de la promoción de la salud constituyen componentes fundamentales de los programas de las políticas educativas, contra la pobreza, económicas y de desarrollo humano.
- **La detección temprana**
  - Los programas de detección temprana para el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino pueden contribuir a los procesos de empoderamiento de la mujer y a la vez contribuir a la reducción de la pobreza, la salud en general, la salud de la niñez y al control de enfermedades específicas como el VIH/SIDA.
- **El diagnóstico y tratamiento**
  - El establecimiento de los sistemas de comunicación necesarios para la tele-oncología facilita el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades y condiciones médicas y el entrenamiento y generación de capacidades.
- **El tratamiento**
  - Insumos básicos como el oxímetro de pulso mejoran la efectividad de la cirugía para el cáncer y para otras enfermedades y afecciones.
  - El establecimiento de procedimientos estrictos en la ACC para prevenir infecciones y para el manejo de substancias tóxicas y desechos beneficiará a todos los pacientes al reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones intra-hospitalarias.
- **La sobrevivencia**
  - Los esfuerzos para reducir el estigma del cáncer empoderan las comunidades para reducir la discriminación que sufren otros grupos (incluyendo los pacientes con VIH/SIDA o tuberculosis, las mujeres y las familias que viven en la pobreza), promueve la cohesión social y reduce la exclusión de grupos marginalizados.
- **El control del dolor y la paliación**
  - El fortalecimiento de los sistemas de salud para aumentar el acceso a los medicamentos que controlan el dolor es esencial para el cáncer, para muchas otras enfermedades y para la cirugía.

(Ver Sección 4 del Reporte)

El enfoque diagonal argumenta que la expansión del tratamiento del cáncer puede mejorar la capacidad de los sistemas de salud en los PD para hacer frente a todas las enfermedades y problemas de salud. Para tratar el cáncer en forma efectiva se necesitan sistemas de salud vigorosos y la expansión de la ACC puede fortalecer los sistemas de salud. Un ejemplo es el control del dolor, que es crucial para la paliación del cáncer y para muchas otras necesidades de los pacientes, pero que con frecuencia no es fácil de conseguir a pesar de su bajo costo.

Las distinciones entre lo crónico y lo agudo y entre lo transmisible y lo no transmisible, que se han usado por décadas, son más y más irrelevantes. Estas falsas dicotomías que moldearon la salud pública en el pasado constituyen una pesada carga para las investigaciones y la política. La nomenclatura asfixia la traducción de las investigaciones a la evidencia, abogacía y formulación de políticas. Los sistemas de salud no deben quedar atrapados en un pensamiento estático sin reaccionar a cambios epidemiológicos, a descubrimientos médicos o a oportunidades de innovación en la prestación y el financiamiento de los cuidados de la salud.

En los PD los sistemas de salud fueron diseñados más que todo para responder a las enfermedades agudas y por consecuencia tienden a tratar las enfermedades crónicas como una serie de episodios de enfermedad no relacionados, en lugar de como una sola enfermedad con necesidades de atención que continúan a largo plazo. El presente enfoque debe reformularse para responder a las necesidades continuas del cáncer y otras afecciones crónicas. Las innovaciones en los sistemas de salud deben tener en cuenta los seis traslapados componentes del continuum del control del cáncer y desarrollar programas integrados que incluyan los seis: prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, sobrevivencia y paliación.

Este reporte presenta y aplica el enfoque diagonal al continuum del cuidado del cáncer para responder a los desafíos de la cronicidad. Uno de los beneficios claves de este enfoque es el uso de sistemas y programas horizontales existentes, aplicados a nivel poblacional, tales como educación, infraestructura, iniciativas de salud reproductiva, estructuras reguladoras para control del dolor, seguro de salud y equipo quirúrgico, en formas que también responden a las necesidades de diferentes grupos de enfermedades.

De acuerdo a la evidencia disponible hay mucho que debe y puede hacerse en los PD. Al mismo tiempo, debido a que los recursos son escasos, es necesario identificar los tratamientos más efectivos y los cánceres más susceptibles a éstos para establecer prioridades.

Cánceres susceptibles y oportunidades innegables para la ACC

- **La Prevención**
  - Relacionada al estilo de vida
    - El consumo del tabaco: cáncer de pulmón, la cabeza y el cuello, la vejiga, la garganta y riesgo acrecentado por exposición al humo ajeno
    - Alcohol: carcinoma hepatocelular
  - Relacionada a las infecciones
    - VPH: cáncer cervicouterino
    - Hepatitis B: carcinoma hepatocelular
    - H Pylori: cáncer del estómago
- **La detección temprana y el tratamiento**
  - Cáncer cervicouterino
  - Cáncer de mama
  - Retinoblastoma infantil
- **Tratamiento basado principalmente en terapia sistémica**
  - Linfoma de Burkitt (más que todo de la niñez)
  - Linfoma de Hodgkin
  - Leucemia linfocítica aguda de la niñez
  - Linfomas no de Hodgkin
- **Extensión de la vida y paliación con terapia sistémica**
  - Sarcoma de Kaposi
  - Leucemia mielógena crónica
- **Supervivencia**
  - Todos los cánceres y grupos de población
- **Paliación del dolor**
  - Todos los cánceres

(Ver Sección 5 del Reporte)

Esto define un conjunto de cánceres susceptibles y oportunidades innegables para la ACC sobre los que debe actuarse inmediatamente para ampliar la prevención y/o el tratamiento (ver Sección 5 del Reporte). La estratificación por recursos ayuda a definir las intervenciones más útiles y apropiadas a diferentes niveles de ingreso, y es necesario realizar un análisis cuidadoso de cada cáncer para las condiciones de cada país.[57,58]

Un reto particularmente importante en el tratamiento del cáncer es el reconocimiento de que los tratamientos cubren una gama que va desde opciones altamente efectivas de bajo costo a las que son mínimamente efectivas, y, a veces, aun tratamientos experimentales o todavía por probar, de alto costo. Esto contrasta con la ampliación del acceso a los medicamentos para el VIH en que la mayoría de los medicamentos indicados tenían una eficacia inicial rápida y visible, y el problema era bajar los costos hasta el punto en que su uso pudiera ampliarse. En los países de ingresos altos los medicamentos mínimamente efectivos son con frecuencia los más nuevos y, por lo tanto, los más costosos, que a veces alargan la vida sólo por unas semanas y tienen efectos secundarios serios e implicaciones financieras catastróficas para las familias y los sistemas de salud. El costo de las cirugías también ha escalado fuera de control por razones poco relacionadas con los resultados para los pacientes. En efecto, la atención y tratamientos inútiles pueden substraer del cuidado paliativo que podría mejorar la calidad de vida para el paciente y su familia y, muchas veces aún prolongar la vida.[59]

Abrumar a los PD con soluciones mínimamente efectivas a un gran costo no sería una política de salud pública competente y debe evitarse. Por lo tanto este Reporte se concentra en encontrar cómo escoger regímenes de tratamientos efectivos para el cáncer, que respondan a los complejos problemas de equidad y asignación de recursos en los PD.

Las lecciones que pueden aprenderse de las innovaciones en los métodos de prestación que se proponen para los PD podrían usarse también en los países de ingresos altos. Algunas de estas innovaciones son de bajo costo, básicas y además resultan ser beneficiosas para todos los pacientes. Un ejemplo es la lista de verificación (checklist) de la seguridad quirúrgica.[60]

El análisis y las recomendaciones acerca de los elementos centrales para una estrategia de la ACC en los PD dependen de cinco supuestos claves:

1. Muchos cánceres son prevenibles mediante el control de las infecciones, la reducción de los factores de riesgo, y los cambios del estilo de vida, especialmente la eliminación del uso del tabaco.
2. El diagnóstico preciso es crítico para determinar un plan de tratamiento apropiado y exitoso para el cáncer.
3. Muchos cánceres son altamente curables con medicamentos que son económicamente accesibles y añaden muchos años de vida, lo que significa que:
   - La negación de terapia para los cánceres para las cuales existen tratamientos económicamente accesibles es inaceptable.
   - El tratamiento de enfermedades más complejas y menos curables requiere evaluaciones específicas en cada país en relación a los recursos disponibles.
4. La paliación del dolor y sufrimiento del cáncer es un derecho humano y estas intervenciones no deben estar basadas en cálculos de costo beneficio que se miden en la prolongación de la vida. La dignidad y la equidad son tan importantes como la eficiencia.
5. El entendimiento de la magnitud de la carga del cáncer y del impacto potencial de las intervenciones de la ACC requieren datos confiables.

Cada país debe definir sus estrategias específicas y su grupo de cánceres susceptibles de acuerdo a su disponibilidad de recursos y su carga del cáncer. Una estrategia o plan nacional del cáncer debe definir la organización de las prioridades e identificar la inversión necesaria para las investigaciones y para la creación de una base de evidencia empírica. La estrategia específica a cada país puede identificar claramente los cánceres más susceptibles a intervenciones contenidas en el rango de cuidado y control del cáncer.

Este Reporte provee un marco para ayudar a los países a desarrollar planes contra el cáncer mediante el esbozo de las bases para una ACC y la identificación de los componentes esenciales para el control básico y efectivo del cáncer, que puedan aplicarse aún en contextos de escasez de recursos. Este marco se refuerza con una descripción de los elementos esenciales para un subgrupo de cánceres que figuran entre los desafíos más importantes de salud pública en los países de ingresos bajos.

Los planes nacionales del cáncer deben aplicar un enfoque diagonal y estar bien integrados en los programas horizontales del sistema de salud. Asimismo los planes contra el cáncer deben ser parte de estrategias para las ECNT y las enfermedades crónicas que aprovechen al máximo las oportunidades para aplicar un enfoque diagonal.

Un plan adecuado contra el cáncer debe incluir mejores opciones de diagnóstico por medio de una mejor patología como también cirugía y radioterapia para los cánceres cuando éstas son esenciales. Esto requiere vínculos y referencias a un centro de excelencia (hospital de tercer nivel con capacidad de tratar el cáncer). Para lograr esto, las agencias internacionales pueden jugar un papel importante, como lo ha demostrado la Organismo Internacional para la Energía Atómica a través del Programa de Acción para la Terapia del Cáncer.[61]

Aunque no será inmediatamente factible en algunos países, la meta debe ser el establecimiento de un centro nacional de excelencia en cada PD. Son varios los países que proporcionan lecciones al igual que aliento para el logro de esta meta y destacan: el Cancer Institute en Chennai, India, el Ocean Road Cancer Institute en Tanzania, y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, de Perú.[62] Este Reporte añade los ejemplos del King Hussein Cáncer Center and Foundation de Jordania, el Ugandan Cancer Institute y en México el trabajo cooordinado del Instituto Nacional de Cancerología de México y los centros regionales –como el Instituto Jaliscience de Cancerología.

Para cerrar la brecha, este Reporte propone una serie de innovaciones en la prestación de servicios, incluyendo alianzas y coaliciones de carácter internacional usando la tecnología de la información y las comunicaciones y la telemedicina, tal como la telepatología. Existe un grupo de modelos, muchos de los cuales se derivan de la oncología pediátrica, que bien evaluados y compartidos globalmente pueden proveer las lecciones necesarias para la difusión.

La identificación de cánceres susceptibles a la ACC, cánceres de prioridad e intervenciones en contextos de bajos ingresos es de gran ayuda para disipar el mito de que "es poco lo que se puede hacer". El Reporte identifica un grupo considerable de cánceres susceptibles a la ACC para los cuales existen importantes oportunidades para prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación en los PD. Por ejemplo, hoy en día 26 de los 29 fármacos clave en el tratamiento de muchos de los cánceres tratables más prevalentes en los PD no están protegidos con patentes y el tratamiento con medicamentos es de relativamente bajo costo.

El costo de aumentar el acceso a los tratamientos que más puedan ayudar a cerrar la brecha del cáncer en los PD puede ser mucho menor de lo que se teme. El costo de las medicinas curativas o que alargan la vida es menos de $500 USD por paciente para el cáncer cervicouterino, el sarcoma de Kaposi y el linfoma de Burkitt (un cáncer pediátrico endémico en África). La mayoría de los medicamentos genéricos de cáncer fuera de patente que se requieren en los PD pueden comprarse por menos de $100 USD por programa de tratamiento y casi todas por menos de $1,000 USD.

Además, este Reporte estima, con base en datos de GLOBOCAN para 2008, que en los PD, el costo total del tratamiento con medicamentos para cubrir la demanda no atendida del cáncer cervicouterino, los linfomas de Hodgkin y la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en niños de 0 a 14 años es aproximadamente $115 millones de USD; y para un año paciente, el costo de la incidencia es de $280 millones de USD. Esta cifra es relativamente baja aunque no incluye el costo del diagnóstico, cirugía ni radioterapia. Por contraste, el cáncer de mama es mucho más costoso (en una mayor magnitud), especialmente si se usan tratamientos altamente efectivos y bajo patente, por ejemplo es el trastuzumab en los pacientes con HER2 positivo. En el caso de cáncer de mama, las estimaciones del costo subrayan la importancia de la detección temprana que no solamente aumenta considerablemente la probabilidad de cura o el alargamiento de la esperanza de vida saludable, sino también reduce en forma significativa la necesidad de medicamentos y otras intervenciones y sus respectivos costos (ver Secciones 5 y 7 del Reporte).

El costo de los tratamientos que pueden cerrar la brecha del cáncer puede ser mucho menor de lo que se teme

- Se han logrado reducciones del 90% en el precio de las vacunas de VPH y hepatitis B para los países de ingresos bajos.
- La detección oportuna del cáncer de mama aumenta considerablemente los años de vida saludable esperados y a la vez reduce el costo de los medicamentos y otras intervenciones.
- 26 de los 29 farmacéuticos clave para responder a los cánceres más susceptibles al tratamiento y más prevalentes en los PD hoy están libres de patentes.
- La mayoría de los medicamentos genéricos de cáncer fuera de patente que se requieren en los PD se pueden comprar por menos de $100 USD por programa de tratamiento y casi todos por menos de $1,000 USD.
- El costo de las medicinas curativas o que alargan la vida es menos de $500 USD por paciente para el cáncer cervicouterino, el sarcoma de Kaposi y el linfoma de Burkitt.
- El costo total del tratamiento con medicamentos para cubrir la demanda desatendida del cáncer cervicouterino, los linfomas de Hodgkin y LLA en niños de 0 a 14 años en los PD, es aproximadamente $115 millones de USD; para un año de casos incidentes el costo del tratamiento con medicamentos es de $280 millones de USD.

(Ver Sección 5 y 7 del Reporte)

Hay una variedad de oportunidades de acción para cerrar la brecha del cáncer y el costo de muchas de las intervenciones necesarias es relativamente bajo. La prevención de factores de riesgo, empezando con el control del uso del tabaco, es de alta prioridad para todos los países y a todos los niveles de ingreso. Varios cánceres que afectan a los niños, los jóvenes y las mujeres, que son altamente curables, además de los cánceres asociados con infecciones prevenibles están entre los más obvios, frecuentes y susceptibles a la acción. La reducción del estigma, la mejora de la sobrevivencia y la garantía de control del dolor y cuidado paliativo son necesarias y posibles para todos los pacientes. Las intervenciones en todas estas áreas y cánceres se refuerzan mutuamente, beneficiarán a otros pacientes y grupos de población, fortalecerán los sistemas de salud y promoverán el desarrollo económico y humano.

Con base en los hallazgos descritos anteriormente, los miembros de la GTF.CCC proponen cinco recomendaciones integrales para mejorar la equidad global y cerrar la brecha del cáncer:

1. **PROMOVER** las políticas de prevención que reducen el riesgo del cáncer,
2. **AMPLIAR** el acceso al *continuum* de la atención y control del cáncer por medio de la protección financiera universal de la salud, un paquete explícito de prestaciones y el uso eficiente de todos los niveles de atención.
3. **FORTALECER** los sistemas nacionales de salud para que respondan al cáncer y a otras enfermedades crónicas, mediante la integración de intervenciones a los programas e instituciones existentes y la traducción de la evidencia a políticas de acción, lo cual requiere la generación de sistemas de información sólidos, de investigaciones y de estructuras de monitoreo y evaluación.
4. **MAXIMIZAR** el potencial de las instituciones internacionales, en particular aquellas que pueden brindar financiamiento, servicios agregados para el establecimiento de precios y el abasto de medicamentos, generación de evidencia, fortalecimiento de recursos humanos y de la capacidad de rectoría y liderazgo para la atención y control del cáncer.
5. **MOBILIZAR** a todos los actores públicos y privados que actuan o podrán actuar en materia del cáncer a través de foros nacionales y globales, nuevos y existentes y a través de las redes dedicadas al mejoramiento de los resultados a favor de la salud y de la equidad.

I.iii. MUCHO PUEDE HACERSE

El reporte de la GTF.CCC propone acciones específicas en cinco áreas estratégicas en las cuales el enfoque diagonal puede reducir la brecha del cáncer. Las propuestas para cada una de las áreas estratégicas de acción están diseñadas alrededor de las cinco recomendaciones globales descritas anteriormente.

Las áreas estratégicas para la acción son:

- Innovaciones en la prestación (ver Sección 6 del Reporte) que optimicen el uso de recursos humanos y físicos, utilicen las tecnologías de la información y la comunicación dentro y entre los países y que involucren al máximo los niveles primarios y secundarios de atención.
- Mejoramiento del acceso a medicamentos, vacunas y tecnologías de salud de costo accesible (ver Sección 7 del Reporte) por medio de estrategias globales y nacionales que reduzcan las barreras de carácter económico de precios directos e indirectos.
- Innovaciones en el financiamiento (ver Sección 8 del Reporte) que aprovechen oportunidades a nivel global y nacional para ampliar protección social de la salud que incorpore la atención y control del cáncer.
- Producción y aplicación de más y mejor evidencia para la toma de decisiones (ver Sección 9 del Reporte) por medio de mejoras en los sistemas de información, la producción de la investigación, el monitoreo y la evaluación y medición del desempeño que promuevan la rendición de cuentas y los resultados.
- Más efectiva rectoría y liderazgo por parte de los actores nacionales y globales para aprovechar al máximo la energía generada por la Reunión a Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no-Transmisibles e impulsar a la acción a los interesados de todos los grupos pertinentes, incluyendo las comunidades, los pacientes y el sector privado, por medio de planes nacionales de cáncer efectivos.

Cada área de acción estratégica se presenta a detalle en una sección específica que en su conjunto conforman la última parte del Reporte. Al final de cada una de las secciones se incluye una discusión resumen de recomendaciones para la acción. Las ideas fuerza y las principales recomendaciones de cada una de las cinco áreas estratégicas de acción (correspondiente a una sección del Reporte) se resumen a continuación.

La prestación innovadora de servicios *(ver sección 6 del reporte)*

El GTF.CCC ha identificado varios mecanismos y modelos innovadores de prestación de servicios que podrían ser implementados en los PD para mejorar la prestación de la ACC. La Comisión Global concluyó que aún en lugares en donde los servicios especializados no existen se podría ofrecer una gama de intervenciones de ACC mediante el uso de estrategias innovadoras de prestación. Algunas de estas innovaciones han sido implementadas y se describen los ejemplos de México, Uganda, Jordania, así como de *Partners in Health* y el *St. Jude International Outreach Program*. Los casos de población que vive lejos de los servicios especializados en los países de ingresos altos proveen evidencia adicional. Los ejemplos están respaldados por la revisión exhaustiva de la literatura acerca de la prestación innovadora para otras enfermedades y servicios de salud.

El personal no especializado debe ser capacitado de modo que sea posible desplazar una parte sustancial de los componentes de la ACC a instalaciones menos especializadas. El uso de telecomunicaciones y otros enlaces formales e informales que tienen centros especializados en los países de ingresos medios y altos alrededor del mundo, como también en los centros urbanos de los PD, pueden mejorar el potencial y la capacidad del personal de salud no especializado y la infraestructura disponible en los PD. Esta estrategia puede lograr reducir la barrera de la distancia geográfica entre el paciente y el lugar de atención para asegurar accesibilidad y aceptabilidad.

El cáncer de mama y el cáncer cervicouterino: ejemplos de la prestación innovadora de servicios

- **Prevención – estilos de vida sanos**
  - Integrar las actividades de promoción de la salud, incluyendo el control del uso del tabaco y los estilos de vida saludables, a los programas contra la pobreza y de bienestar social.
  - Promoción de la vacuna contra el VPH a través de programas de salud para adolescentes, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil.
- **Detección temprana – prevención secundaria**
  - Integrar los programas de detección oportuna del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino a los programas contra la pobreza, los programas de salud materno-infantil, los programas de salud sexual y reproductiva y los programas de VIH-SIDA.
  - Entrenar pacientes expertos, trabajadores comunitarios de salud, enfermeras/os y médicos de atención primaria para proveer servicios de detección oportuna, especialmente para mujeres de alto riesgo.
- **Diagnóstico**
  - Uso de la telemedicina para ampliar la capacidad del diagnóstico del cáncer de mama a través del enlace de especialistas y centros especializados con los proveedores primarios y secundarios de atención de la salud, para mejorar la capacidad diagnóstica y para el entrenamiento del personal.
  - En los lugares en donde existe capacidad instalada para la recopilación de las muestras y la patología, fortalecimiento mediante el uso de la telemedicina para las consultas de patología.
- **Tratamiento**
  - Entrenamiento de los proveedores de atención primaria y secundaria; instalaciones para proveer quimioterapia y terapia adyuvante con seguridad y con un enlace efectivo con especialistas y centros especializados y así reducir los costos a los pacientes, la necesidad de las madres de dejar a los niños por largos períodos de tiempo y la demanda para la atención hospitalaria especializada.
- **Supervivencia**
  - La capacitación de pacientes expertos, promotoras de la salud, enfermeras/os, médicos de atención primaria para proveer apoyo emocional a largo plazo, orientación a los pacientes de cáncer en el manejo de sus síntomas y los servicios de apoyo incluyendo asesoramiento acerca de sus derechos personales y a los servicios de salud.
- **Control del dolor y paliación**
  - Establecer sistemas para facilitar un manejo seguro y efectivo del control del dolor a niveles primario y secundario incluyendo la administración de medicamentos mediante empaques más sencillos.

Aunque mucho se puede lograr con los recursos disponibles, también es evidente que para diagnosticar y tratar la mayoría de los cánceres se necesita inversión adicional, especialmente en los países de bajos ingresos. El aumento de la capacidad de los recursos humanos es crucial en muchas áreas. Asimismo, mejores instalaciones en sitios estratégicos son esenciales para mejorar la capacidad diagnóstica, especialmente en el área de la patología. Aunque la telemedicina puede ser de ayuda en la creación de esta capacidad, también se necesita inversión básica en el sitio de su ejecución.

Los proyectos pilotos deben ser formalmente evaluados para que los más prometedores se puedan ampliar a programas de demostración que proporcionarán la evidencia necesaria para probar que la prestación innovadora es consistente con la atención de alta calidad, efectividad y de costos más bajos para el paciente y para el sistema de salud. Estas lecciones podrían ser de utilidad en los países de altos ingresos en los cuales el costo de la atención es especialmente alto y se concentra mucho en servicios especializados. Para promover la más efectiva acción se necesita el insumo constituido por un banco internacional de datos de las experiencias y las lecciones aprendidas en los proyectos emprendidos por el gobierno, las agencias internacionales, el sector privado y la sociedad civil.

El acceso a medicamentos de costo accesible, vacunas y tecnologías de la salud *(ver sección 7 del reporte)*

El alto costo y la baja disponibilidad de medicinas contra el cáncer, vacunas y tecnologías de la salud constituyen barreras para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y paliación en muchos países de bajos y medios ingresos. La expansión del acceso a estas tecnologías y medicinas requiere un enfoque sistémico que vincule la selección costo-efectiva, una dinámica reducción de precios, transparencia en la información sobre precios y fuentes de producción, abasto confiable, calidad asegurada, el compromiso e involucramiento de los participantes clave, acciones para resolver las barreras a la paliación y al control del dolor, e innovaciones "frugales".

Las barreras se pueden superar de varias formas. Por ejemplo, la mayoría de los medicamentos hormonales y de quimioterapia que se consideran esenciales para entornos de bajos recursos están fuera de patente. Para estos productos se puede obtener mejor precio y calidad a través de la compra consolidada de vendedores que han sido aprobados por una organización procuradora confiable. Los países de ingresos bajos a menudo reciben descuentos de más de 90% comparado con precios de lanzamiento para enfermedades distintas al cáncer.

La expansión del acceso a los medicamentos para el cáncer, las vacunas y las tecnologías de la salud en los PD requiere:

- Tres palancas fundamentales: recursos financieros, voluntad política y un enfoque en sistemas de salud.
- "Innovaciones frugales" tales como la nueva quimioterapia oral biodisponible y la radioterapia de bajo costo.
- Guías de recomendaciones internacionales para todos los componentes de la ACC y una lista más amplia de medicinas y vacunas esenciales por parte de la OMS.
- Un sistema óptimo de precios que permita reducir las variaciones enfrentadas por los PD en los precios de medicinas genéricas fuera de patente.
- Información transparente, disponible en internet, sobre los precios y fuentes de los insumos para la ACC.
- En el caso de los agentes quimioterapéuticos fuera de patente, involucrar a los productores en los países recientemente industrializados (emergentes) que podrán ser fuentes tanto de productos terminados como de los ingredientes farmacéuticos activos.
- Para las sustancias anticancerosas bajo patentes, un sistema de precios diferenciados por país y nivel de ingreso por parte de las compañías y donativos focalizados pero a la vez sostenidos.
- La inclusión de una gama más extensa de agentes anticancerosos para las agencias globales, regionales y nacionales de abasto.

- Planes y programas nacionales de ACC que trabajen sistemáticamente para adoptar guías globales, fortalezcan los sistemas de suministro y distribución, aseguren la reglamentación con respecto a calidad y seguridad y establezcan estrategias regulatorias efectivas para las medicinas contra el dolor para derribar las barreras adicionales a las de orden económico.
- Esfuerzos conjuntos de las agencias multilaterales, la comunidad internacional, los gobiernos nacionales, el sector privado, la sociedad civil y las agrupaciones de pacientes.

El financiamiento innovador *(ver sección 8 del reporte)*

El financiamiento innovador global y de los sistemas nacionales de salud son dos fuentes potenciales de nuevos ingresos que deben explorarse para responder a la carga creciente del cáncer y de otras ECNT.

La expansión y mejoramiento del financiamiento global

Hasta la fecha el apoyo de los donantes internacionales para las causas del cáncer y las ECNT ha sido muy limitado en comparación con el rápido crecimiento de la carga de salud en los PD. Se requiere la movilización y la inversión de nuevos fondos internacionales para la ACC, con un enfoque especial en los países de ingresos bajos en donde las fuentes nacionales de financiamiento son más escasos. Cualquier financiamiento nuevo debería ser:

- Adicional a las inversiones internacionales y nacionales existentes para la ACC.
- Suplementaria a las alternativas locales una vez que éstas se han agotado y utilizado de manera que no disminuya los esfuerzos nacionales.
- Sinérgica y no-duplicativa por canalizarse a través de los mecanismos innovadores de financiación global existentes, con el fin de reducir costos y crear sinergias. Esto se logra apalancando las inversiones para el control de las enfermedades y el fortalecimiento del sistema de salud mediante el uso del enfoque diagonal.
- Estable y predecible a través del tiempo.

El financiamiento innovador global que se enfoca en estrategias no tradicionales para el financiamiento de la salud por donantes externos provee posibles soluciones

- La Alianza GAVI es un poderoso instrumento para asegurar mejores precios y acceso.
- Los mecanismos integrados de financiación innovadora, que han trabajado a gran escala en favor de poblaciones y enfermedades específicas, tales como GAVI y el Fondo Mundial de Lucha control el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), se podrían utilizar para crear sinergias para la ACC.
    - El Fondo Mundial tendrá que seguir invirtiendo en los sistemas de salud para el manejo del VIH/SIDA como una enfermedad crónica.
    - La Iniciativa de Salud Reproductiva, Materna, de Recién Nacidos y Niños (RMNCH por sus siglas en inglés) es un ejemplo del logro de sinergias. El extraordinario crecimiento en financiamiento desde 2006 no es producto de inversiones focalizadas sino que es el resultado de inversiones cruzadas que han sido impulsadas más que todo por GAVI y el Fondo Mundial.
    - Los mecanismos de financiación de GAVI y el Fondo Mundial han canalizado grandes cantidades de fondos a los PD para fortalecer los sistemas de salud y esto ha rendido beneficios para el cáncer y otras ECNT.

- La recién establecida Plataforma de Financiamiento de Sistemas de Salud que incluye el Fondo Mundial, GAVI, el Banco Mundial y la OMS presenta una oportunidad para invertir en forma coordinada en sistemas de salud y para mejorar resultados de salud relacionados a las ECNT.
- Iniciativas tales como el nuevo compromiso de financiamiento para RMNCH, anunciado en la 66.a Asamblea General de las Naciones Unidas, y la iniciativa Pink Ribbon Red Ribbon para cáncer de la mujer y VIH/SIDA, representan oportunidades adicionales para el involucramiento de socios y para la canalización de nuevos fondos.
- La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño de las Naciones Unidas *(Every Woman Every Child)* presenta un "modelo basado en compromisos" que podría adaptarse para aumentar los fondos para la ACC y las ECNT y para reunir a los actores (gobiernos nacionales, agencias internacionales, donantes bilaterales, fundaciones privadas, el sector privado y la sociedad civil) y llamar la atención a las importantes inversiones que realizan muchos países, especialmente de ingresos medios y altos.

El fortalecimiento del financiamiento a nivel nacional

Los fondos nacionales financian la mayor parte de los gastos de salud en casi todos los PD, donde el gasto de bolsillo puede representar una catástrofe financiera para las familias, especialmente si se trata de una enfermedad crónica como el cáncer. Para introducir la ACC costo-efectivo en los paquetes de beneficios en salud, o para ampliar los paquetes que ya incluyan la ACC, se necesitan mecanismos más robustos de financiación de la salud.

Algunos de los PD han respondido al reto de proveer protección financiera universal realizando importantes inversiones en la salud que incluyen la ACC. El nivel de inversión realizada por muchos de los PD contrasta con la falta de financiación global para el cáncer y otras ECNT.

También contrasta con la falta de protección financiera para los grupos de bajos ingresos disponible en ciertos países de altos ingresos. De hecho, los PD que han tratado de ofrecer con éxito protección financiera que incluye enfermedades catastróficas como el cáncer, tienen lecciones para aquellos países de altos ingresos que tienen sistemas de acceso diferencial a los seguros de salud.

Hay lecciones importantes para aprender de las experiencias de un grupo selecto de países que se han lanzado a lograr cobertura universal de salud con protección financiera. En este reporte se examinan las lecciones de México, Colombia, China, Taiwán, India, República Dominicana, Perú y Ruanda. La exitosa inclusión de los cánceres en el paquete de servicios cubiertos podría replicarse en otros países.

Los ejemplos innovadores de financiamiento interno que incluyen la ACC demuestran que:

- La protección social en salud basada en el prepago y la agrupación de poblaciones reduce los gastos catastróficos para las familias.
- Usando la estrategia diagonal, la ACC puede integrarse efectivamente a un proyecto de seguro de salud más general.
- El establecimiento de derechos explícitos dentro de un paquete de prestaciones que incluye el cáncer, resulta en un incremento en el acceso.
- El financiamiento a nivel nacional debe lograr un equilibrio entre prevención, detección temprana y tratamiento y concentrar la atención en intervenciones costo-efectivas que cubren todos los aspectos de la ACC.
- La inversión en el tratamiento es mucho menos efectiva si se descuida la prevención y la detección temprana.
- Se deben establecer fondos separados para servicios de salud de personal y para la atención de enfermedades catastróficas.

- La protección financiera de la atención a la salud es menos efectiva si se descuidan otras barreras financieras y no financieras –los costos de transporte, cuidados en el hogar del paciente y el estigma.
- Para desarrollar mecanismos de financiamiento innovador para la ACC se requiere una base de evidencia sólida que incluya evaluaciones rigurosas.

La evidencia para la toma de decisiones *(ver sección 9 del reporte)*

Para cerrar la brecha del cáncer y para mejorar la ACC es esencial contar con evidencia de alta calidad que sea relevante a la toma de decisiones. Se requiere evidencia a nivel local y global para ayudar a quienes toman decisiones sobre la asignación de recursos entre las diferentes necesidades y prioridades. La evidencia constituye también el núcleo de la rendición de cuentas.

Sin embargo, la mayoría de los PD carecen de sistemas de información de salud (SIS) y de las investigaciones necesarias para generar el tipo de evidencia que es la base para hacer decisiones efectivas sobre el cáncer. La brecha entre entornos con altos recursos versus bajos recursos se refiere no sólo al tratamiento y cuidado especializado sino también a la disponibilidad de datos y evidencias.

La declaración de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles pone en relieve la importancia de la investigación para todos los aspectos de la prevención y el control, al igual que para la innovación y la tecnología científica. También señala el camino que debe ser recorrido para convertir estas investigaciones en conocimientos y evidencia que pueden ser usados para la acción. Para hacer esto una realidad se necesita inversión adicional de parte de actores nacionales y globales.

Para generar evidencia de la calidad necesaria para la toma de decisiones acerca de la ACC en los PD pueden seguirse varias estrategias que fortalezcan los SIS y la base de investigación. Estas estrategias contribuirán a la estructura global de monitoreo que debe desarrollarse en respuesta a la reunión de alto nivel de la ONU:

- Aumentar la disponibilidad de financiación global y doméstica para los SIS y para la investigación sobre el cáncer en los PD.
- Fortalecer los registros de cáncer en los PD mediante inversión adicional de la IARC, los estados participantes y/o las agencias bilaterales.
- Ampliar las oportunidades para el entrenamiento de investigadores y generadores de evidencia y de personas que toman decisiones y que viven en PD.
- Ofrecer el acceso gratuito a publicaciones, revistas científicas y a bibliotecas digitales.
- Aplicar metodologías y mediciones novedosas en la investigación sobre el cáncer, que incluyan el alivio del dolor, e institucionalizar estos análisis en los PD para respaldar una mejor toma de decisiones.
- Ampliar la capacidad y financiación de investigaciones sobre la ACC en áreas de evaluación, implementación y sistemas de salud.
- Establecer un repositorio de programas, políticas y proyectos que reconozca los múltiples actores y contribuidores (el gobierno, la sociedad civil y el sector privado) y la oportunidad de promover el aprendizaje global haciendo esta información gratis y de fácil acceso a los rectores de los sistemas de salud en los PD.
- Asegurar que los planes nacionales del cáncer incluyan indicadores específicos y objetivos con plazos determinados para la reducción de la morbilidad y la mortalidad y que éstos estén vinculados a las estructuras globales de monitoreo específicadas en la declaración de la reunión de la ONU sobre Enfermedades no Transmisibles y al desempeño de los sistemas de salud.

Estas son estrategias de bajo costo y producirán una variedad de bienes públicos globales que por lo mismo deberán ser financiados por agencias internacionales y bilaterales. Por otra parte el cáncer tiene una posición privilegiada entre las ECNT gracias a que existe la Agencia Internacional para las Investigación sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) y ésta puede consolidarse en paralelo con la OMS para producir, manejar y diseminar evidencia global. Nuevas iniciativas tales como el centro para la salud global del *National Cancer Institute* de los EE.UU. tienen mucho que contribuir en esta área.

Para fines del 2012, la declaración de la AGNU ha hecho responsable a la OMS, por el diseño de una estructura de monitoreo global y las recomendaciones de un grupo de objetivos voluntarios globales hacia la prevención y control de ECNT. Para poder desarrollar las estructuras globales y nacionales necesarias para el monitoreo del progreso es preciso tener objetivos medibles del desempeño del sistema de salud directamente relacionados al cáncer. Estos objetivos deben ser específicos a cada enfermedad pero deben también estar integrados a los sistemas de información en salud y vinculados a los objetivos sistémicos en salud.

Las lecciones aprendidas a través de los sistemas de rendición de cuentas en el caso de inversiones de la salud para mujeres y niños pueden y deben ser aplicadas al trabajo sobre el cáncer y las ECNT. Esto alentará a los participantes globales y nacionales a establecer y cumplir objetivos específicos con plazos determinados para reducir la mortalidad y cerrar la brecha del cáncer.

Las instituciones académicas, de investigación y los donantes nacionales e internacionales deben trabajar conjuntamente para asegurar que estos objetivos y medidas se desarrollen. Las instituciones locales académicas y de política pueden y deben jugar papeles importantes y esto a su vez servirá para crear capacidad a nivel nacional.

La rectoría y el liderazgo *(ver sección 10 del reporte)*

Una de las principales limitaciones para incrementar el acceso a la ACC en los PD es la falta de liderazgo local y global en los sistemas de salud. Esta limitación ha dificultado la producción y diseminación, en ambos niveles, de bienes públicos esenciales tales como el conocimiento y la información. Sin embargo, avances recientes de los conocimientos, como también la expansión de las instituciones, la acción colectiva y el interés internacional presentan nuevas oportunidades para robustecer la producción de bienes públicos locales y globales para el cáncer al igual que para otras ECNT.

Para implementar las recomendaciones de la GTF.CCC es esencial mejorar la rectoría y el liderazgo. Una rectoría más fuerte se puede obtener mediante el fortalecimiento de instituciones globales y sistemas de salud nacionales y la movilización de los involucrados a través de foros, nuevos o existentes, globales y nacionales y de redes dedicadas a mejorar los resultados de la salud y la equidad.

El esfuerzo global del cáncer parece listo a despegar, basado en el aumento de actividad institucional acerca de las enfermedades crónicas combinado con las oportunidades que ha traído la reunión a alto nivel de las Naciones Unidas sobre Enfermedades no Transmisibles. Este aumento provee la oportunidad de abogar por mejor y más efectivo liderazgo individual e institucional para involucrar un grupo más amplio de participantes. Sin embargo, para establecer la capacidad de liderazgo global en el cáncer, las organizaciones de los diferentes tipos del cáncer necesitan trabajar en conjunto y con el gobierno y el sector privado, y entrar en contacto con la comunidad que se ocupa de las enfermedades transmisibles para buscar soluciones conjuntas y de mutuo beneficio.

A nivel nacional e internacional han aparecido nuevos participantes que están influyendo a los líderes en forma activa y exitosa. La clave para seguir adelante y aprovechar al máximo esta oportunidad para generar programas estables y sustentables estará en identificar espacios institucionales para la acción colectiva.

El anuncio de la reunión a alto nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no Transmisibles catalizó y generó muchos avances. Uno de los más notables es la formación de la *NCD Alliance* en la cual la Unión Internacional para el Control del Cáncer representa activamente los intereses de la comunidad del cáncer y contribuye con los conocimientos de sus miembros.

La reunión de la ONU produjo una Declaración que incluye un gran número de recomendaciones y propuestas para mejorar la rectoría y el liderazgo global. Como es apropiado, el énfasis es en la OMS como la entidad global a cargo de la salud. Sin embargo, y como la Declaración lo manifiesta, la respuesta, para ser efectiva, debe venir de todo gobierno y de toda la sociedad. La declaración requiere que para finales del 2012 se presenten propuestas por asociaciones que consoliden y faciliten la acción multisectorial global. Esto significa que en el futuro todas las organizaciones internacionales y nacionales relevantes deben involucrarse más para asegurar que las ECNT sean parte integral de la agenda del desarrollo.

La Declaración instruye que para 2013 se establezcan o se fortalezcan políticas y planes nacionales multisectoriales. Esto deberá incluir el compromiso de todos los actores relevantes pero como primero paso probablemente será específico por enfermedad para luego incluir todas las enfermedades con propuestas que se integrarán en los sistemas de salud. Debido al papel de liderazgo que puede jugar en la abogacía la comunidad del cáncer, lo clave puede ser estimular la concientización, el interés y la acción para establecer estos programas y asociaciones de múltiples actores.

Las siguientes acciones servirán para fortalecer la comunidad del cáncer y facilitarán su papel de liderazgo en la implementación de las propuestas expuestas en la Declaración de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas acerca de las Enfermedades no Transmisibles:

- Reforzar la capacidad de la OMS para trabajar como rectora de la agenda de trabajo en cáncer a nivel global y la de la IARC para suministrar la evidencia en la toma de decisiones.
- Reforzar la capacidad y el reconocimiento de la UICC como entidad coordinadora y de rectoría a nivel global.
- Conectar las agencias multilaterales, el Fondo Mundial y GAVI a la ACC y promover una mejor coordinación entre las agencias internacionales y el sistema de las Naciones Unidas.
- Atraer actores que podrán ser involucrados en cánceres específicos –tales como UNICEF y la comunidad de derechos de los niños para el cáncer pediátrico; los de cánceres de la mujer, los involucrados en programas de mujer y salud, empoderamiento, salud reproductiva y sexual y programas para la salud materno infantil.
- Alentar y apoyar los gobiernos a integrar el cáncer en los planes nacionales de salud y a formular planes nacionales de cáncer.
- Incorporar al sector privado en la formulación de soluciones, conocimientos y oportunidades para implementar resultados.
- Fomentar y apoyar comisiones nacionales sobre la ACC, que incluyan una variedad de actores que puedan vincularse a grupos trabajando en pro de las pacientes que padecen otras enfermedades y a iniciativas sistémicas que puedan contribuir a monitorear el desempeño con respecto al logro de metas específicas.
- Trabajar conjuntamente con la IARC y la OMS para el desarrollo de un sistema de objetivos y metas específicos al cáncer que sean medibles y puedan implementarse e integrarse a objetivos globales para las ECNT.
- Establecer asociaciones que involucren a múltiples socios y sectores de la comunidad del cáncer para monitorear las metas y los objetivos específicos.

1.iv. Hacia adelante

Este Reporte de la GTF.CCC identifica elementos clave y ejemplos que en conjunto forman un plan para ampliar el acceso a la ACC en los PD. Las experiencias demuestran que aún en países con escasos, limitados y/o sin servicios especializados se puede hacer mucho para prevenir y tratar el cáncer por medio de la capacitación y el despliegue de promotores y personal de la salud a nivel primario y secundario, el uso de medicamentos fuera de patente y la implementación de mecanismos regionales y globales para el financiamiento y el abasto de medicamentos y otros recursos.

Para responder efectivamente a la creciente carga del cáncer, los miembros de la GTF.CCC creemos que se necesita acción concertada por parte de la comunidad global de la salud, con la participación de los gobiernos locales y nacionales y con las ampliadas redes primarias de la atención a la salud. La agenda para la acción debe acelerar la expansión de la atención, control y prevención del cáncer mediante estrategias apropiadas para los sistemas de salud de los PD. El logro de una respuesta efectiva requiere los esfuerzos coordinados de una variedad de actores, que incluye el gobierno, el sector privado, la sociedad civil, asociaciones médicas profesionales, instituciones académicas, grupos de pacientes y agencias internacionales.

Los autores de este Reporte comparten las conclusiones siguientes con la comunidad global:

i. Es necesario y es posible ofrecer a las familias de bajos recursos las oportunidades para enfrentar los retos del cáncer.
ii. Si los pacientes con cáncer en los países de ingresos altos pueden vivir vidas sanas y productivas después de la enfermedad, la misma oportunidad debe ofrecerse a las poblaciones que vive en los países de bajos recursos.
iii. La sobrevivencia es el estándar de atención en los países de ingresos altos y también lo debe ser en los países en desarrollo.

Kofi Annan, en ese entonces Secretario General de las Naciones Unidas, dijo lo siguiente refiriéndose al VIH/SIDA: "Ya no es aceptable que a los enfermos y a los que están muriendo se les niegue, por el sólo hecho de ser pobres, los medicamentos que han transformado las vidas de los más pudientes".[63] Este debería también ser el caso para el cáncer y otras enfermedades para las cuales existen alternativas efectivas en prevención y tratamiento.

"Ya no es aceptable que a los enfermos y a los que están muriendo se les niegue, por el sólo hecho de ser pobres, los medicamentos que han transformado las vidas de los más pudientes".[63]
Kofi Annan, Séptimo Secretario General de las Naciones Unidas, 1997-2006.

La evidencia que se presenta en este Reporte demuestra que existen muchas formas económicamente accesibles, factibles y apropiadas de reducir la carga del cáncer en los PD. El mundo puede y nosotros debemos responder al imperativo moral, económico y de equidad que es cerrar la brecha del cáncer.

La GTF.CCC propone las siguientes actividades inmediatas y específicas para reducir la brecha del cáncer

1. ***PROMOVER*** **políticas de prevención** que disminuyan el riesgo de cáncer.
   - La detección temprana salva vidas. En los PD existen muchas barreras de acceso a la detección temprana pero las principales son el estigma y la ignorancia. Como mínimo, todos los países deben desarrollar campañas de educación y concientización para disminuir el estigma y aumentar la conciencia sobre cáncer.
   - La prioridad absoluta de los países y los donantes debe ser el manejo efectivo de los factores de riesgo asociados al comportamiento y al medio ambiente, empezando con la amplia y completa implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (*Framework Convention for Tabaco Control)*.
   - Los donantes internacionales deben ofrecer su respaldo decidido al financiamiento, a través de la *GAVI Alliance*, para promover el acceso a las vacunas contra hepatitis B y VPH en los países de bajos ingresos.

2. ***EXPANDIR*** el acceso al *continuum* de la atención y control del cáncer mediante la **protección financiera universal de la salud**, un **paquete explícito de prestaciones garantizadas** y el **uso eficiente de todos los niveles de atención en salud.**
   - En los PD los programas nacionales de seguro o de protección social deben incluir un paquete básico de ACC para los cánceres prevenibles y tratables.
   - Los países deben ser alentados y respaldados en la implementación de modelos de financiación de la salud que promuevan la protección social que cubra paquetes de servicios que son costo-efectivos y que incluyan al menos los elementos esenciales para cánceres susceptibles al control y al tratamiento.
   - Los países deben crear comisiones mixtas del cáncer con la participación de múltiples actores para trabajar con los gobiernos en el desarrollo, implementación y monitoreo de los planes nacionales del cáncer y ECNT.

3. ***FORTALECER*** los **sistemas nacionales de salud** para responder al cáncer y otras enfermedades crónicas mediante la integración de intervenciones a los programas e instituciones existentes y de la aplicación de la evidencia a la toma de decisiones con la ayuda de sistemas de información sólidos, la investigación y sistemas de monitoreo y evaluación.
   - Para acelerar la expansión de acceso a la ACC se deben desarrollar, evaluar, ampliar y compartir modelos innovadores de prestación de servicios.
   - La ACC debe ser integrada a los programas de salud dirigidos a las mujeres, los niños y/o las personas en riesgo o viviendo con VIH/SIDA. Estos grupos son vulnerables a un conjunto específico de cánceres que pueden ser prevenibles o tratables.
   - El acceso al control del dolor que previene el sufrimiento debe considerarse como un derecho humano fundamental y los países y la comunidad global de la salud deben esforzarse para hacer realidad este derecho.

- Para apoyar a los países en la obtención de descuentos por compras consolidadas de medicamentos y otros insumos se requiere el desarrollo de canales adecuados de abasto. El cáncer debe ser incluído en los fondos rotatorios y en los mecanismos de suministro que existen a nivel regional y global.
- Los países deben invertir en registros del cáncer y en compartir conocimientos. La IARC debe ser robustecida para que provea más apoyo a los PD.
- La OMS debe crear guías y estándares de tratamiento y una lista ampliada de medicamentos esenciales; ambas son esenciales para ampliar la ACC en los PD. Estos guías deben incorporar estándares rigurosos de costo efectividad para categorizar los medicamentos y permitir a los países identificar las estrategias más útiles.

4. ***POTENCIALIZAR*** las **instituciones globales**, en particular las que puedan ofrecer financiamiento, sistemas de precios y de abasto, generación de evidencia, creación de capacidades y plataformas de rectoría y liderazgo para el control del cáncer.
   - Los donantes y las instituciones financieras globales deben aumentar sus inversiones, como estímulo a los países para que éstos implementen modelos innovadores en la prestación de servicios, que incluyan el sector privado y la sociedad civil y que fortifiquen los sistemas de salud mediante el uso de la estrategia diagonal.
   - Los mecanismos del Fondo Mundial que promueven el fortalecimiento de los sistemas de salud deben ser ampliados y apoyados al máximo.

5. ***MOVILIZAR*** **todos los actores, públicos y privados, que actuan en el campo del cáncer** a través de redes y foros nuevos o existentes, a nivel global y nacional, que se dediquen a mejorar los resultados en salud y la equidad.
   - Se debe establecer una iniciativa de financiamiento "basada en compromisos" (similar a la de *Every Woman Every Child* de las Naciones Unidas) a partir de grandes inversiones en los PD para el cáncer y otras ECNT, situación que puede atraer nuevos donantes y fondos.
   - Los donantes deben invertir en investigación en servicios de salud y su implementación, para evaluar modelos y crear una base de datos global de programas y proyectos. La IARC, la OMS y el nuevo Centro para la Salud Global del Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. deben hacerse cargo de esta tarea.
   - El marco de monitoreo que desarrollará la OMS en respuesta a la Declaración de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas debe incluir metas específicas, con plazos fijos para reducir la mortalidad, vinculadas a los objetivos de desempeño de los sistemas de salud global y nacionales.
   - Se debe estimular al sector privado a compartir conocimientos y a participar en la búsqueda de soluciones, especialmente a través de programas de demostración en sus propios países.
   - Para reforzar las capacidades de rectoría y liderazgo, las organizaciones civiles globales del cáncer deben ayudar a fortalecer la sociedad civil de cada país. La UICC es un candidato ideal para asumir el papel de liderazgo.
   - La comunidad global del cáncer debe respaldar la aplicación de las propuestas acerca de las Enfermedades no Transmisibles expuestas en la Declaración de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas.

Referencias

1. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Cervantes ML. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning* 1989;4(1):29.
2. Atun R, Bataringaya J. Building a Durable Response to HIV/AIDS: Implications for Health Systems. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2011; 57(Suppl 2):S91-S95
3. Sloan FA, Gelband H (Eds.). *Cancer control opportunities in low-and middle-income countries*. Washington DC: National Academy Press, 2007.
4. Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R. NCDs: celebrating success, moving forward. *Lancet* 2011; 378(9799):378.
5. Ibid.
6. Stuckler D, Basu S, McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? *British Medical Journa*l 2011;343:d5336.
7. Reardon S. A world of chronic disease. *Science*. 2011; 333(6042);558-559.
8. Mukherjee S. *The emperor of all maladies: a biography of cancer*. New York: Scribner, 2010.
9. Judt T. Night. Letter. *The New York Review of Books*, 2010.
10. Institute of Medicine. *The US Commitment to Global Health: Recommendations for the public and private sectors*. Washington, DC: The National Academies Press, 2009.
11. U.N. General Assembly, 66th Session. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: Draft resolution submitted by the President of the General Assembly (A/66/L.1). 16 September 2011.
12. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. *From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2011.
13. World Health Organization. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland; World Health Organization. 2011.
14. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001;358:404-409.
15. Knaul F, Frenk J. Strengthening Health Systems to Address New Challenge Diseases (NCDs). *Harvard Public Health Review*. Fall 2011. http://www.hsph.harvard.edu/news/hphr/fall-2011/new-challenge-diseases.html (accessed October 15, 2011).
16. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Lancet* 2006; 368(9551): 2017-2027.
17. Ibid.
18. Mukherjee S, 2010.
19. GLOBOCAN 2008. Cancer fact sheet: all cancers (excluding non-melanoma skin cancer) incidence and mortality worldwide in 2008, 2010. http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp (accessed July 23 2011).
20. Sloan FA, Gelband H (Eds.), 2007.
21. Beaulieu N, Bloom D, Bloom R, Stein R. Breakaway: the global burden of cancer-challenges and opportunities. Economist Intelligence Unit. 2009.
22. Kanavos P. The rising burden of cancer in the developing world. *Annals of Oncology* 2006;17(Suppl 8): viii15-viii23.
23. Stuckler D, Basu S, McKee M, 2011.
24. Alwan A, Galea G, Stuckler D. Development at risk: addressing noncommunicable diseases at the United Nations high-level meeting. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; 89(8):546-546a.
25. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Cervantes ML. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning* 1989;4(1):29.
26. International Atomic Energy Agency. Inequity in cancer care: a global perspective. Vienna, Switzerland; International Atomic Energy Association. 2011.
27. Liberman J. O'Brien M, Hall W, Hill D. Ending inequities in access to effective pain relief? *Lancet*. 2010;376(9744):856
28. O'Brien M. Global Access to Pain Relief Initiative. Presentation for the Union of International Cancer Control. http://www.africacncl.org/HIV_AIDS/initiative_activities/NCD_Session_3_Obrien.pdf (accessed September 20, 2011).
29. Knaul F, Frenk J, 2011.
30. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L, et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 2010 Aug 13; 376(9747):1186-93.
31. Sloan FA, Gelband H (Eds.), 2007.
32. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 76(9756):1923-58.
33. World Health Organization. *The World Health Report 2006: working together for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006.
34. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide. *International Journal of Cancer*. 2010; 127(12):2893-917.
35. Joint Learning Initiative, Global Equity Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. The President and Fellows of Harvard College 2004. http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf (accessed October 4, 2011).
36. American Society of Clinical Oncology/Health Volunteers Overseas. International Cancer Corps Needs Assessment Reports on Honduras. 2008.
37. International Atomic Energy Agency, 2011.
38. World Health Organization. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroecono-mics and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
39. World Economic Forum. *Global Risks 2010: A global risk network report*: Geneva, Switzerland: World Economic Forum, 2010.
40. Ibid.
41. WHO. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2010*. 2011.
42. Amartya Sen. Personal communication, October 17th, 2011.
43. John RM, Ross H. *The global economic cost of cancer*. The American Cancer Society and LIVESTRONG, 2010. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf (accessed July 30, 2011).
44. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *The Tobacco Atlas*, Third Edition. American Cancer Society. 2009. http://www.tobaccoatlas.org/downloads/TobaccoAtlas_sm.pdf (accessed September 27, 2011).
45. Castelli A, Nizalova O. *Avoidable mortality: What it means and how it is measured*. Centre for Health Economics (CHE) Research Paper 63. 2011. http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP63_avoidable_mortality_what_it_means_and_how_it_is_measured.pdf (accessed September 27, 2011).
46. John RM, Ross H, 2010.
47. Beaulieu N, Bloom D, Bloom R, Stein R, 2009.
48. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva, Switzerland: World Economic Forum. 2011.
49. WHO. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2010*. 2011.
50. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. *From Burden to 'Best Buys': Reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*, 2011.
51. Global Alliance for Vaccines and Immunization. GAVI welcomes lower prices for life-saving vaccines. Press Release; 6 June, 2011. http://www.gavialliance.org/media_centre/press_releases/vaccine_prices.php (accessed June 10, 2011).
52. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L, et al. 2010.
53. The Lancet. Chronic Disease and Development Series. 2010. http://www.thelancet.com/series/chronic-diseases-and-development# (accessed October 15, 2011).
54. Institute of Medicine, 2009.
55. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Lancet* 2006; 368(9551): 2017-2027.
56. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet* 2006; 369(9539): 954-61.
57. Sloan FA, Gelband H (Eds.), 2007.
58. Anderson BO, Yip CH, Ramsey CD, et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. *The Breast Journal* 2006;12(Suppl. 1): S54-S69.
59. Sullivan R, Purushotham A. The Goldilocks' problem of cancer medicines. *Lancet Oncology* 2010;11(11):1017-8.
60. Gawande A. A challenge for practitioners worldwide: WHO safe surgery saves lives. Journal of Perioperative Practice. 2009;19(10):312.
61. International Atomic Energy Agency. Programme of Action for Cancer Therapy (PACT). 2011. http://cancer.iaea.org/ (accessed October 15, 2011).
62. Sloan FA, Gelband H (Eds.), 2007.
63. Médecins sans Frontières South Africa, the Department of Public Health at the University of Cape Town, the Provincial Administration of the Western Cape, South Africa. Antiretroviral therapy in primary health care: Experience of the Khayelitscha programme in South Africa: Case Study. Genva, Switzerland; World Health Organization. 2003.

El objetivo de la Comisión Global para Ampliar el Acceso a la Atención y Control del Cáncer en Países en Desarrollo (GTF.CCC) es el de diseñar, promover y evaluar estrategias innovadoras, involucrando a múltiples actores y socios, para generar nuevas propuestas para la prestación de servicios que permitan aumentar el acceso a la atención y control del cáncer y -al mismo tiempo- fortalecer los sistemas de salud.

Este Reporte proporciona propuestas para ampliar el acceso a la atención y control del cáncer en países en desarrollo, para reducir las grandes disparidades que constituyen la brecha del cáncer. En tres apartados, el Reporte describe lo mucho que debe, podría y puede hacerse, para cerrar esta brecha. Las estrategias que se plantean, proponen reforzar los sistemas de salud de manera que todos los países se beneficien.

El logotipo de la GTF.CCC es una "cinta de cintas" multicolor que representa a la vez todos los cánceres, y los vínculos entre estos y otras enfermedades. Simboliza la importancia de construir sistemas de salud sólidos para afrontar el reto del cáncer. Al mismo tiempo, socializa las contribuciones potenciales de ampliar la atención y control del cáncer para fortalecer los sistemas de salud de forma que beneficie a todos los pacientes. La cinta está transparentemente trazada sobre el mapa del mundo para demostrar visualmente que el cáncer es un problema global que afecta a los países en todos los niveles de desarrollo.

Agradecemos el apoyo de la
Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México,
de la Fundación Mexicana para la Salud
y de Tómatelo a Pecho, A.C.,
para la elaboración y publicación en español de este Reporte.

Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control
in Developing Countries (GTF.CCC)
Harvard Global Equity Initiative, Secretariat
651 Huntington Avenue FXB Building, Room 632
Boston, MA 02115

gtfccc.harvard.edu **gtfccc@harvard.edu**

HARVARD GLOBAL EQUITY INITIATIVE HGEI SECRETARIAT

HARVARD School of Public Health

HARVARD Medical School

DANA-FARBER CANCER INSTITUTE