

# SITUACIÓN ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN ARGENTINA

Un estudio realizado por ISALUD, que evidencia profundas desigualdades regionales y por subsectores, confirma que los esfuerzos deben focalizarse en la implementación de estrategias de detección precoz, pero también en asegurar que las mujeres con hallazgos sospechosos accedan a un estudio diagnóstico y, en el caso de confirmarse el cáncer, a un tratamiento oportuno y efectivo

**Por Rubén Torres, Natalia Jorgensen, Gustavo Jankilevich, Juan Pablo Denamiel, Pablo Macadam, Daniel Fernández, Celina Spairani y Daniel Lewi**

Investigadores de la Universidad ISALUD, con el apoyo financiero del laboratorio Novartis, llevaron adelante la investigación Situación actual del diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en Argentina, cuyo resumen ejecutivo se desarrolla a continuación.

En Argentina se estiman un total de 129.000 nuevos casos de cáncer diagnosticados cada año. Se calcula que aproximadamente 17.744 son específicos de cáncer de mama (Globocan, 2020). El cáncer de mama es el de mayor incidencia en mujeres: 32,6 % del total de casos de cáncer incidentes al año en mujeres, con una

tasa estandarizada por edad de 62,72.

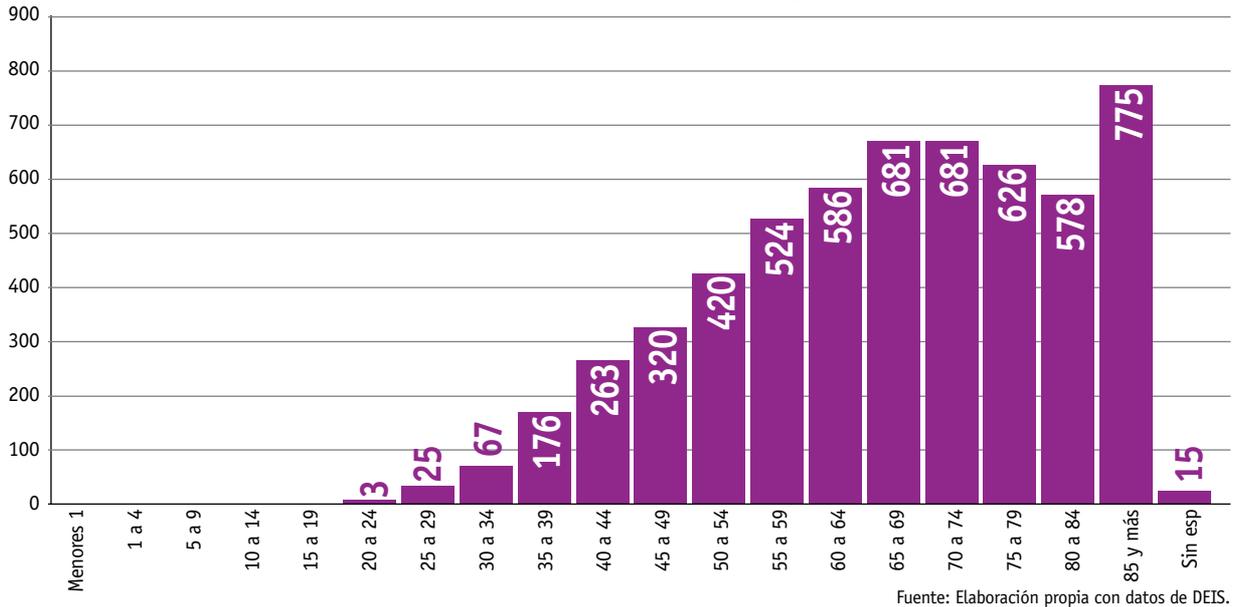
Asimismo, la Argentina registró en 2018 un total de 5740 muertes por cáncer de mama, por lo que representó la primera causa de muerte en mujeres y fue equivalente a un 20% del total de decesos femeninos por cáncer anuales (DEIS, 2019). Del total de fallecimientos por cáncer de mama, el 42% ocurre antes de los 65 años y el 54% antes de los 70 años.

La tasa de mortalidad específica presenta una tendencia relativamente estable. Sin embargo, al comparar con el mismo indicador en la región, Argentina es uno de los países en los que

menos ha disminuido en el tiempo, en un período en el cual las innovaciones en el diagnóstico y tratamiento han inducido a una mejora en la supervivencia de las pacientes, con impacto sobre el descenso de las tasas de mortalidad. El 0,38% de la población concentra el 1,7% de la carga de enfermedad en una patología que, diagnosticada oportunamente y tratada, tiene altas probabilidades de supervivencia.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, con una amplia variación en la morfología del tumor, las características moleculares y la respuesta clínica. Su tratamiento varía de acuerdo con una categorización que incluye: estado de receptores de hormonas y estado del HER2, subtipo de tumor, estadio del tumor (0,

## Número de muertes por cáncer de mama por grupo de edad. 2018



I, II, III y IV), presencia de marcadores, plataformas genómicas, edad, estado de salud, condición menopáusica, características del paciente y presencia de mutaciones en genes BRCA, P53.

El cáncer de mama es pasible de diagnóstico precoz y es curable en la mayoría de los casos. Las tasas de curación para los tumores menores de 2 cm superan el 80%. Asimismo, el diagnóstico de tumores más pequeños permite aplicar tratamientos menos agresivos y de menor duración, por lo que se necesitarían menos mastectomías y quimioterapias. El volumen de la enfermedad al momento de la detección es un factor pronóstico clave en cáncer de mama, estando fuertemente determinada por la relación entre la demora y el estadio clínico.

### Encuesta a jefes de oncología/mastología

En este marco, se realizó un abordaje cualitativo con el obje-

## Número de muertes por cáncer de mama en Argentina. 1990-2017



tivo de explorar la percepción de los médicos tratantes sobre la calidad de la atención a las mujeres con cáncer de mama y las principales barreras que ellos perciben. La encuesta fue respondida por 22 referentes de instituciones, buscando tener representatividad regional y por subsectores. De las participantes, 12 de las 22 instituciones corresponden a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el resto a su área metropolitana (AMBA) y a las

provincias, siendo 14 del sector público y 8 de la seguridad social y el sector privado.

Los resultados fueron contundentes respecto de las diferencias entre el sector público y el privado. A modo de referencia, respecto al estadio tumoral, mientras que los encuestados del sector privado respondieron que en promedio el 14% de las mujeres atendidas se encuentran en estadio IV, dicho porcentaje se incrementa al 31% en el sector

público. Dentro de las principales causas de encontrar estadios avanzados en la primera consulta, en su mayoría las respuestas tienen estrecha relación con la educación y la promoción de la salud, las cuales conforman alrededor del 60% de las causas. En el cuarto lugar se menciona con mayor preponderancia la postergación de chequeo por parte de las pacientes por problemas laborales.

En la encuesta se visualizan circunstancias bien diferenciadas, mientras las entidades privadas presentan una dificultad en la necesidad de más pacientes, por la importancia de facturar para mantener activo un servicio, en las

instituciones públicas se requieren mayores recursos para atender gran cantidad de pacientes.

Las causas más frecuentes de demoras para el diagnóstico e inicio de tratamiento estuvieron dadas por la falta de oportunidad en la emisión de autorizaciones, la validación de pruebas diagnósticas que fueron falsas negativas y grandes distancias geográficas entre el paciente y el centro asistencial.

Cuando se analiza la disponibilidad efectiva de terapias dentro del sector público, la mayor diferencia se identifica en el caso de terapias avanzadas: solo el 29% de los respondientes indicaron disponibilidad de estas,

mientras que el 86% señalaron que sí la hay para terapias biológicas por HER2.

Un elemento para resaltar, por el nocivo impacto que tiene tanto sobre los pacientes como sobre el sistema de salud en general, es la discontinuidad de los tratamientos. Entre los consultados del sector público, más del 70% indicó haber tenido interrupciones de suministro de drogas por más de 3 semanas en comparación con el 11% en el sector privado.

Acerca de potenciales cambios en las prescripciones en un escenario libre de restricciones de cobertura, en el caso del sector público, más del 65% respondió que aplicaría cambios, en comparación con algo más del 10% en el sector privado. Por otro lado, el 89% de los que respondieron que cambiarían la prescripción en el sector público dijeron que lo harían en los tratamientos para cáncer de mama avanzado.

El tiempo es un factor influyente y decisivo en la progresión de la enfermedad. En la encuesta se calculó que el tiempo entre la primera consulta y la iniciación del tratamiento alcanzó las 8 semanas y llega a demorarse hasta 3 semanas la realización de la mamografía después de esa primera consulta, estimando los tiempos hasta la cirugía entre 13 y 20 semanas.

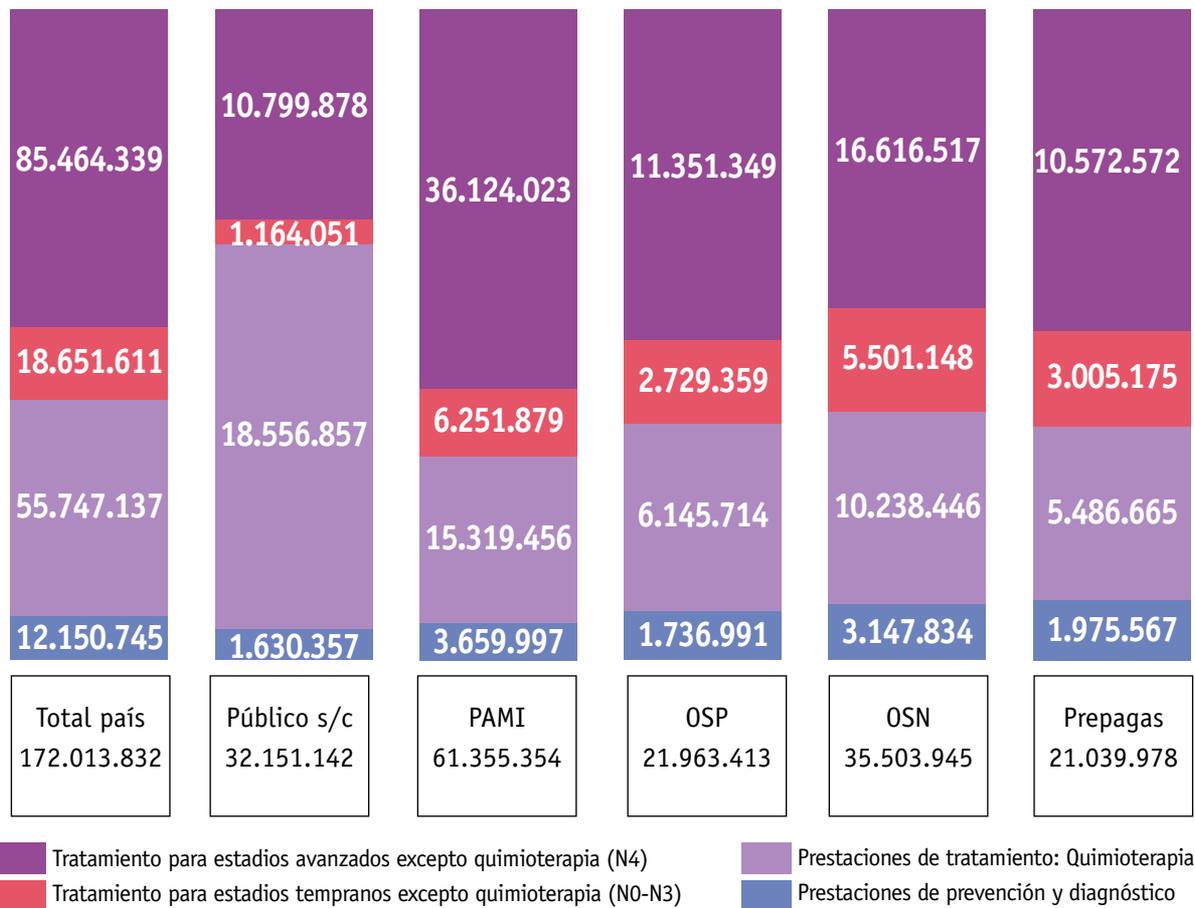
## Estimación de costos de atención

Los costos directos de la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama se estimaron, en dólares a noviembre de 2020,

## Principales dificultades enunciadas por los encuestados en la atención del paciente con cáncer de mama

Sector público	Sector privado
Tener un servicio de guardia externa.	Relación con financiadores.
Tener personal de cuidados paliativos.	Disparidad de criterios de tratamiento.
Disponer de hospital de día, enfermería especializada, servicios de apoyo.	Tener mayor volumen de pacientes.
Poder atender a gran cantidad de pacientes.	Recursos económicos.
Drogas oncológicas suficientes.	Acreditar una unidad de mastología.
Disponer de métodos de diagnóstico y tratamiento.	Disponibilidad de turnos.
Necesidad de un servicio de cirugía.	
Agilizar estudios y provisión de medicación.	
Mejorar tiempos quirúrgicos, tener un acelerador lineal y acceso a drogas.	
Mayor infraestructura y personal administrativo.	
Recursos para atender a un enorme volumen de pacientes.	
Falta de personal.	
Necesidad de oncólogos, drogas y equipo de radioterapia.	
Acceso a medicación de alto costo. Mejorar la relación laboral.	

## Costo total en cáncer de mama por línea de cuidado y subsector (en US\$ de noviembre 2020)



en US\$ 172 millones, de los cuales el 36% corresponde a costos directos del INSSJP (PAMI); el 21%, al subsector de las obras sociales nacionales (OSN); el 19%, al sector público sin cobertura explícita; el 13%, a obras sociales provinciales (OSP) y el 12%, al subsector de medicina prepaga (no incluidos los desregulados de la seguridad social).

El porcentaje de recursos que se destina a prevención y diagnóstico se estima en 7% del costo directo, en comparación con el 93% destinando al tratamiento. Los tratamientos para estadios avanzados de cáncer de mama, que no tienen intención curativa,

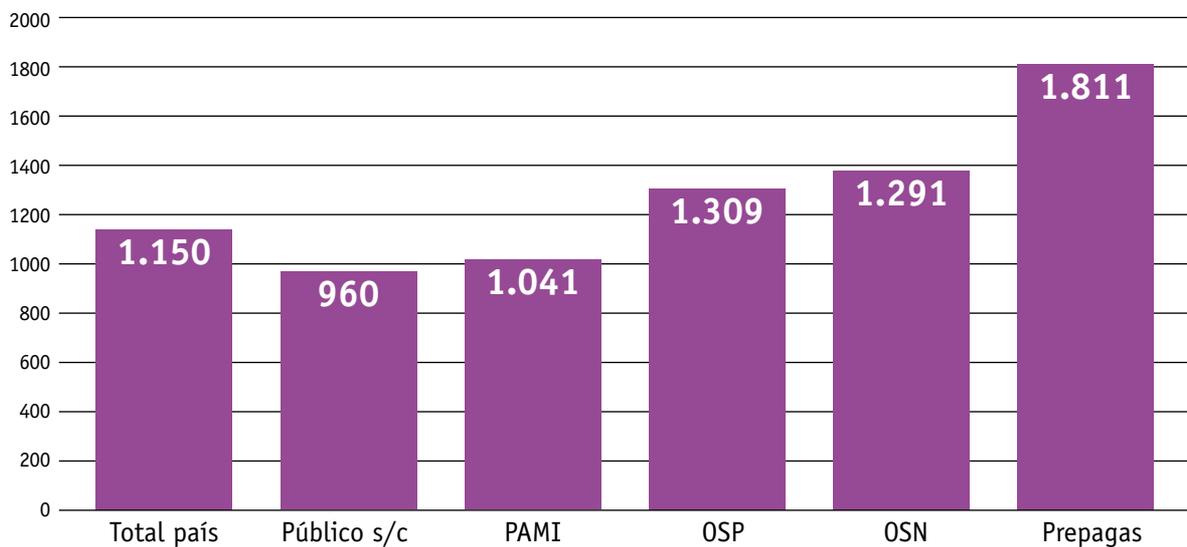
sin incluir la quimioterapia citotóxica, concentran casi el 50% del costo total. Esta composición del costo directo de tratamiento del cáncer de mama tiene que ver con el estadio en el que llegan las mujeres al diagnóstico, pero también con la falta de una política integral que asigne los recursos de manera eficiente y equitativa.

Después del costo total de la quimioterapia, que alcanza los US\$ 55 millones, las terapias dirigidas a CDK4/6 son las que mayor gasto tienen (US\$ 46 millones) en el total. La apertura por subsectores muestra que el 40% del gasto en CDK4/6 se concentra en el

INSSJP, seguido por la seguridad social con el 20%. El sector público es el que menos recursos destina a estas terapias.

En el estudio se estimaron las cápitas por subsector, observando una importante divergencia entre la inversión que realiza cada uno de ellos. Mientras que el costo directo promedio anual en la medicina privada es de US\$ 1811, en el sector público alcanza los US\$ 1160. Esta diferencia es muy significativa si además tenemos en cuenta el case-mix de uno y otro subsector: el porcentaje de mujeres en estadios avanzados en el sector público es aproximadamente el 25%, en

## Costo por cápita del tratamiento del cáncer de mama por subsector (en US\$ de noviembre 2020)



comparación con el sector privado, que alcanza el 6%.

### Propuesta de políticas públicas

Con base en lo relevado en este estudio, se confirma que los esfuerzos deben focalizarse en la implementación de estrategias de detección precoz, pero también en asegurar que las mujeres con hallazgos sospechosos accedan a un estudio diagnóstico (disponibilidad de equipos para realizar biopsias, técnicos y patólogos para concretar la evaluación) y, en el caso de confirmarse el cáncer, a un tratamiento oportuno y efectivo (cirugía, eventualmente radioterapia y tratamiento sistémico). Una evaluación del comportamiento de la enfermedad en cada región, su relevancia respecto de otros problemas de salud, la disponibilidad de recursos y las posibilidades de inversión en un programa a largo plazo, son las

claves para el diseño de un proyecto sustentable.

Se recomienda protocolizar y trabajar desde el Ministerio de Salud de Nación sobre una guía única de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Es, asimismo, de vital importancia, contar con datos centralizados que permitan monitorear y evaluar a escala nacional, la evolución de los resultados en salud que se obtienen de su aplicación.

Como revela el estudio, existen problemas significativos en la continuidad de los cuidados, debido a la falta de estrategias que propicien sustentabilidad en el mediano y largo plazo. Para lograr la viabilidad de los programas, es imprescindible que cuenten con marcos legales que definan sus objetivos, su funcionamiento, los recursos y el presupuesto que les serán adjudicados.

Para lograr una reducción significativa de la mortalidad es ne-

cesario asegurar una cobertura efectiva universal de la población objetivo. También la realización de campañas de prevención masivas sostenidas en el tiempo, desarrolladas en el contexto de una política de educación para la salud más comprehensiva, que tenga en cuenta las características sociales y culturales de las mujeres a las que está destinado el mensaje. Estamos viviendo una revolución humana, tecnológica, médica y organizacional que abre un camino de esperanza en los pacientes. Contra el cáncer de mama todos tenemos un rol que jugar, y es deber de todos los profesionales médicos construir con los pacientes los progresos en el tratamiento, y del sistema político sanitario definir prioridades para terminar con una inequidad socialmente inaceptable: la de vivir o morir según la provincia en que se habite o el subsistema de atención que un paciente utilice.