

Prevención de cáncer colorrectal (CCR): de piedra y high definition

José María Sanguinetti

Av. Bolivia 5150, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:386

Recibido: 03/10/2016 / Aprobado: 17/10/2016 / Publicado en www.actagastro.org el 01/01/2017

“Es necesario avanzar y ponerse en marcha”.¹ Comienzo donde termina el editorial de julio de ACTA. La evolución tecnológica y científica nos permite afirmar que el CCR es prevenible pero que no sólo depende de recursos tecnológicos y decisiones individuales. Algunas voces, incluso, se alzan aclarando que no todo el éxito observado puede atribuirse a los programas de tamizaje sino que existen otros factores.²

La “piedra angular” es la justicia y la equidad. Si en Latinoamérica nos encontramos en la Edad de Piedra,³ es poco probable que con la sola actualización tecnológica alcancemos resultados “contemporáneos”.

La intención de prevenir ha conquistado la medicina individual. La endoscopia se rige por la capacidad de detectar lesiones potencialmente neoplásicas; la calidad de imágenes y los nuevos tests genéticos nos prometen un futuro lleno de logros pero vemos debilidades cuando intentamos trascender la dimensión individual y pensar en términos colectivos.

Nuestro continente sabe de inequidades. En nuestros países todavía convive el desarrollo con el subdesarrollo; la edad de piedra y la edad tecnológica y globalizada.

Los determinantes sociales de la salud hacen más vulnerables a los individuos.⁴ Los niveles de conocimiento de la población sobre prevención del cáncer son bajos y a menor nivel, socioeconómico (NSE), menor conocimiento. Esto no se corresponde de manera completa con el CCR; hemos observado niveles muy bajos de conocimiento sin

importar el NSE.⁵ Hay algo claro: a mayor vulnerabilidad, menor adhesión a los programas de prevención.⁶

Se están dando pasos firmes hacia estos programas: guías, análisis de costos⁷ y tecnología. ¿Podremos hacer que cumplan el principio de justicia y equidad? ¿Serán accesibles para toda la población?

En Argentina la pobreza es superior al 30 por ciento⁸ y más de un tercio de la población no tiene cobertura de salud.⁹ El sistema de atención público se encuentra saturado; no es lo mismo que “existan” los recursos técnicos y humanos en un área geográfica determinada a que éstos sean “accesibles”.

Es necesario avanzar en la educación de la población y de los profesionales de atención primaria. Es necesario avanzar en el desarrollo de programas que respondan al desafío de nuestra realidad “de piedra” y “high definition”.

Referencias

1. Sáenz R, Salazar E. Prevención del cáncer colorrectal. De la edad de piedra a la piedra angular. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46: 127-130.
2. Welch HG, Robertson DJ. Colorectal Cancer on the Decline—Why Screening Can't Explain It All. *N Engl J Med* 2016; 374: 1605-1607.
3. Aedo K, Conde Leslye, Pereyra-Elías René. Colorectal cancer screening in Latin America: Are we still in the Stone Age? *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46: 104-105.
4. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
5. Sanguinetti JM, Henry N, Ocaña D, Polesel JL. Evaluación de los conocimientos sobre prevención del cáncer de colon comparado con otros tumores. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015; 45: 122-128.
6. Essink-Bot ML, Dekker E. Equal access to colorectal cancer screening. *Lancet* 2016; 387: 724-726.
7. Espinola N, Maceira D, Palacios A. Costo-efectividad de las pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46: 8-17.
8. http://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_16.pdf.
9. http://www.indec.mecon.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135.

Correspondencia: José María Sanguinetti
Av. Bolivia 5150, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina
Correo electrónico: sanguinetti.josema@gmail.com