

EDITORIAL

¿CUÁL ES EL COSTO DE SANAR?

Dra. María Florencia Calvo

*“TRES COSAS HAY EN LA VIDA: SALUD, DINERO Y AMOR.
EL QUE TENGA ESAS TRES COSAS QUE LE DE GRACIAS A DIOS.
PUES, CON ELAS UNO VIVE LIBRE DE PREOCUPACIÓN,
POR ESO QUIERO QUE APRENDAN EL REFRÁN DE ESTA CANCIÓN.”*

“SALUD, DINERO Y AMOR” (R. SCIAMMARELLA, 1939)

“Doctora, ¿Puedo trabajar con la última quimio? Se me acaba la licencia y me voy a quedar sin sueldo; yo no puedo correr ese riesgo”. Esta pregunta la recibí en mi consultorio hace no más de un par de semanas. La paciente, una enfermera que trabaja hace 25 años en la misma institución donde lleva adelante su tratamiento, me pide que le autorice regresar a su trabajo en la terapia intensiva antes de finalizar su tratamiento para no correr el riesgo de perder su sueldo porque no tiene otra opción. Sabe que sus recursos son limitados para enfrentar la situación, y a pesar de que el tratamiento se lo garantizó su obra social, surgieron durante el camino muchas situaciones adversas que desafiaron significativamente la estabilidad económica de su hogar.

¿Cuántas de nuestras pacientes tienen que elegir entre concurrir a una consulta médica o una sesión de tratamiento o ir a trabajar? ¿Cuántas de nuestras pacientes desisten de sostener un tratamiento porque no toleran los efectos adversos pero tampoco pueden costear los recursos que podrían mitigarlos?

Estas son algunas de las preguntas a las que creo que aún debemos respuestas. Vivimos en una región donde los tratamientos oncológicos en gran medida están garantizados por el estado o a través de los sistemas de medicina prepaga o seguridad social. Pero muchas veces, estos tratamientos conllevan a otras dificultades que no sólo producen gran impacto en la calidad de vida, sino también en el acceso mismo a los tratamientos. Pacientes que no pueden costear el traslado diario a un centro de radioterapia que tal vez queda a dos horas de distancia, pacientes que no tienen con quién dejar a sus hijos para realizar un tratamiento de quimioterapia, o bien, pacientes que sometidas a las vicisitudes de la informalidad y precarización laboral no pueden permitirse ausentarse porque no tienen alternativa de sostén financiero.¹

El costo de los tratamientos oncológicos ha ido sistemáticamente en aumento. A medida que surgen nuevas herramientas terapéuticas, incrementan los valores para todos los actores del sistema de salud. Aún en países en los que la salud está sostenida con fondos estatales, mucha carga del costo de los tratamientos recae sobre el paciente y sus familias. Muchas pacientes pierden la capacidad de sostener su ritmo de empleo habitual, e incluso algunas se ven obligadas a dejar de trabajar por completo, a causa de la enfermedad, su tratamiento, o los efectos adversos asociados que limitan su capacidad funcional. A su vez, los cuidadores y acompañantes también pueden muchas veces verse limitados para trabajar, sumando a la carga financiera total del proceso de enfermedad.²

En el escenario mundial de la oncología toma cada vez más relevancia el novedoso concepto de la “toxicidad financiera”. Este paradigma surge a partir de la necesidad de considerar la carga económica atribuible en forma indirecta o directa a los tratamientos como un determinante de salud, dado que puede incluso comprometer el pronóstico de un paciente con una enfermedad crónica en el largo plazo. Este concepto ha ido tomando relevancia en todos los congresos dedicados a la práctica oncológica y pareciera trascender estrato social, tipo de cobertura sanitaria y status de desarrollo económico de los países. Si bien inicialmente se creyó que el impacto sería más significativo en países con sistemas sanitarios fundamentalmente privados, se ha demostrado que en países con cobertura estatal poblacional el impacto no es despreciable e incluso múltiples estrategias para mitigar su impacto se encuentran en proceso de elaboración.^{2,3} La República Argentina indudablemente no está exenta del flagelo de la toxicidad financiera. La heterogeneidad poblacional y socioeconómica que caracteriza a nuestro país nos vuelve particularmente vulnerables a esta situación. La existencia de un sistema

de salud pública hoy no garantiza equidad en acceso al tratamiento, ni tampoco la distribución federal de recursos en salud garantiza disponibilidad asistencial equitativa a lo largo y ancho del país. El desarrollo de las Unidades de Mastología claramente es un gran paso en la dirección correcta para poder asegurar la disponibilidad de atención médica de calidad en forma descentralizada, pero aún así, muchos aspectos del cuidado e incluso de la posibilidad de sostén y adherencia a tratamientos crónicos (como suelen ser los relacionados con el cáncer de mama) presentan una exigencia económica que no todo paciente puede afrontar. Los pacientes oncológicos en particular están más expuestos a este impacto que otras poblaciones de pacientes crónicos.⁴

Para poder abordar la problemática de la toxicidad financiera y a su vez desarrollar estrategias de contención y mitigación de la misma, creo que son fundamentales dos principios: en primer lugar poder definirla comprendiendo toda su complejidad y en segundo lugar poder describir aquellos factores de riesgo que nos permitan identificar a las poblaciones más vulnerables.

Entonces, ¿cómo definimos la toxicidad financiera? Podemos definirla como el impacto negativo que tiene la carga monetaria asociada al tratamiento sobre el bienestar general, la calidad de vida y la estabilidad económica de un paciente en particular y su sistema de sostén. Los atributos de la toxicidad financiera pueden distribuirse en tres grandes grupos: los costos médicos directos (por ejemplo gastos por hospitalizaciones, compra de medicamentos tanto de tratamiento primario o de sostén o manejo de efectos adversos, co-pagos en centros asistenciales y estudios por imagen, plataformas genómicas, estudios genéticos, mantenimiento de ovocitos preservados, etc), los costos no-médicos directos (por ejemplo costos de alojamiento cercanos al centro de salud, transporte, estacionamiento, traslados, contratación de cuidadores para hijos o acompañantes en situaciones de internación o de carencia de autonomía) y los costos indirectos que son aquellos que surgen a raíz del lucro cesante, los años de vida perdidos por discapacidad, el ausentismo laboral, la pérdida de consultas médicas, etc. Las pacientes que atraviesan un diagnóstico de cáncer de mama son particularmente vulnerables dada la necesidad periódica de realización de estudios por imagen, la necesidad de cuidado interdisciplinario que en muchos casos no cuenta con cobertura social o terminan cayendo sobre el bolsillo del paciente por limitación en el acceso a través del sistema sanitario (kinesiología, terapias complementarias para rehabilitación motora, psicooncología y otras) y la larga duración longitudinal del proceso

terapéutico. La mayoría de la evidencia disponible sobre el impacto de estos gastos está basada en la experiencia en países de alto poder adquisitivo, con poco dato relevado en países de medianos y bajos ingresos. Sin embargo, la literatura muestra que el impacto financiero es transversal a todos los estratos y niveles de ingreso.⁵

Cabe destacar que en nuestro país contamos con un gran número de pacientes que pertenecen a poblaciones marginalizadas, vulnerables o con severas limitaciones de acceso al sistema. En muchos casos, el acceso existe, pero hay gran latencia para la obtención de medicamentos a través de bancos estatales de drogas, lo cual, en última instancia, afecta la toma de decisiones terapéuticas y la posibilidad de acceder a un tratamiento estándar en tiempos lógicos. Y esto sí tiene impacto directo sobre el pronóstico a largo plazo. Uno de los grandes focos sobre los que podemos trabajar como mastólogos y oncólogos para maximizar el beneficio terapéutico de los tratamientos, es la adherencia. Especialmente en tumores luminales, entendemos que la adherencia es un factor crucial que puede condicionar el pronóstico y las tasas de curación. Y en este país las pacientes acceden a cobertura de la medicación. Pero muchas pacientes no pueden acceder a las herramientas tanto farmacológicas como no-farmacológicas que permitirían mitigar algunos de sus efectos adversos. Los tratamientos para tratar los síntomas climatéricos severos, los síntomas cognitivos, la osteoporosis y la afectación emocional habitualmente implican gastos de gran envergadura. Y frecuentemente las pacientes deben “elegir” en dónde invertir sus recursos.

Entonces, el siguiente desafío es intentar identificar aquellas pacientes que son especialmente vulnerables a esta forma de toxicidad en pos de intentar desarrollar estrategias de acompañamiento. Los siguientes son los factores que se relacionan en forma independiente con mayor riesgo de desestabilización económica: pertenecer a un grupo étnico minoritario o población económicamente marginada y vulnerable, ser desempleado o con trabajo informal, habitar en zonas rurales, no contar con red de sostén social, y especialmente ser menor a 40 años, dado que en general es una población con mayor exigencia económica activa al tener frecuentemente hijos a cargo, mayor riesgo de lucro cesante y menores tasas de reinserción laboral post tratamiento.

En conclusión, queridos colegas, creo que como sistema de salud, aún quedan respuestas pendientes de dar en relación a esta problemática. Los invito a que juntos pensemos desde nuestras instituciones e incluso convocando a pacientes y representantes, en qué

medida podemos coordinar o desarrollar estrategias de contención para subsidiar o acompañar las necesidades insatisfechas de nuestras pacientes. Desde una guardería para pacientes que no tienen cuidadoras para delegar el cuidado de sus hijos o mejorar los sistemas de traslado y de navegación, creo que hasta las acciones más pequeñas pueden hacer grandes diferencias. Mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes no sólo desde la terapia directa sino también a veces desde lo intangible, no tengo dudas de que tendrá un impacto positivo que en última instancia, producirá un efecto derrame mejorando el pronóstico global de nuestras pacientes.

REFERENCIAS

1. Franzoi MA, Janni W, Erdmann-Sager J et al. Long-Term Follow-Up Care After Treatment for Primary Breast Cancer: Strategies and Considerations. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2025 Jun;45(3):e473472. ◀
2. Longo CJ, Fitch MI, Banfield L, Hanly P, Yabroff KR, Sharp L. Financial toxicity associated with a cancer diagnosis in publicly funded healthcare countries: a systematic review. Support Care Cancer. 2020 Oct;28(10):4645-4665. ◀
3. Thomy LB, Crichton M, Jones L et al. Measures of financial toxicity in cancer survivors: a systematic review. Support Care Cancer. 2024 Jun 4;32(7):403. ◀
4. Lee KL, Eniu A, Booth CM, MacDonald M, Chino F. Financial Toxicity and Breast Cancer: Why Does It Matter, Who Is at Risk, and How Do We Intervene? Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2025 Jun;45(3):e473450. ◀
5. Ehsan AN, Wu CA, Minasian A et al. Financial Toxicity Among Patients With Breast Cancer Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023 Feb 1;6(2):e2255388. ◀