

Disparidad Racial en la Asistencia al Cáncer

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4519>

Racial Disparity in Cancer Assistance

Disparidade Racial na Assistência ao Câncer

Abna Vieira¹

Aunque el cáncer afecte a personas de todas las edades, razas, etnias y sexos, no siempre son afectadas igualmente. Diferencias en la genética, hormonas, exposiciones ambientales y otros factores pueden conducir a diferencias de riesgo entre grupos distintos de personas¹. Sin embargo, se debe destacar que, más allá del impacto de la enfermedad, el impacto de la asistencia prestada al paciente influye directamente en los desenlaces oncológicos, sean estos positivos o negativos^{2,3}.

El país de origen, la identidad de género, la orientación sexual, la raza o cualquier otro dato demográfico del paciente no debería influir en la tasa de supervivencia del cáncer. Desgraciadamente, no es lo que se ve, considerando las disparidades en la asistencia al cáncer de la mayor parte de la población brasileña^{2,4,5}. De acuerdo con el censo demográfico de 2022, los negros (la suma de negros y pardos) representan el 56% de la población brasileña.

El último 23 de octubre, los Ministerios de Salud y de Igualdad Racial lanzaron el Boletín Epidemiológico Salud de la Población Negra (BESPN), que incluye datos de notificaciones de agravamientos y enfermedades relacionadas a la población negra. Tales datos evidencian el impacto del racismo como un determinante social de la salud y exponen la vulnerabilidad de la población negra con relación al acceso a las políticas ya existentes³.

Este fue el primer paso para la implementación efectiva de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), iniciativa del Ministerio de Salud para enfrentar las disparidades de salud vividas por esa comunidad. Vale resaltar que la correcta recolección de las respuestas a la pregunta raza-color mediante la autodeclaración racial es la base y el primer artículo de recomendación de la PNSIPN. La obtención de ese dato posibilita la formulación de estrategias³ destinadas a la resolución de problemas y al monitoreo de los indicadores de salud de la población negra. A pesar de la obligatoriedad establecida, desde el 1º de febrero de 2017, referente al llenado del campo raza/color en las historias clínicas de los pacientes, hay diversas barreras que impiden la plena conformidad de dicha exigencia. Entre los obstáculos, está la falta de reconocimiento de la importancia del dato, influenciada por las dimensiones del racismo interpersonal e institucional presentes en la sociedad. Buscando superar las barreras que impiden el llenado adecuado de la pregunta raza-color en los registros médicos, es urgente la sensibilización de los equipos de salud.

El BESPN destaca que, en el Brasil, las principales preocupaciones en términos de salud pública están relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo responsables por más de la mitad de las muertes en el país. Entre ellas, el cáncer representa una gran proporción. Los factores de riesgo y protección asociados a esas condiciones pueden ser moldeados por los hábitos de vida que actúan como determinantes en el proceso salud-enfermedad de la población³.

Un estudio publicado en la Cuadernos de Salud Pública en 2018 muestra que, en el Brasil, las mujeres negras con cáncer de mama tienen una supervivencia 25% menor que las mujeres blancas, en diez años de evaluación⁴. Estadísticas de los Estados Unidos de América (EE. UU.), por ejemplo, muestran que, a pesar de ser menos diagnosticadas con cáncer de mama, las mujeres negras tienen una mayor tasa de mortalidad por dicha enfermedad, si se compara con las mujeres blancas^{1,2}. En lo que respecta al cáncer de ovario, se observa una peor supervivencia en las mujeres negras, una peor tasa de cirugía citorréductora óptima y una mayor tasa de enfermedad platino resistente. Es probable que la disparidad más alarmante esté en el cáncer de cuello uterino, en el que el riesgo de muerte es más del doble para las mujeres negras comparado con las mujeres blancas, y seis veces mayor para mujeres indígenas. Además, las mujeres negras también tienen menos probabilidad de ser referidas hacia consejería genética o recibir prueba genética de predisposición hereditaria al cáncer^{1,2,4}.

¹Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp). Grupo Oncoclínicas. Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Grupo de Pesquisa Race.ID. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Comitê de Diversidade. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: abna.vieira@medicos.oncoclinicas.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2873-1329>



Las disparidades en la asistencia al cáncer vienen incitadas por una interacción compleja de desigualdades presentes tanto dentro como fuera del sistema de salud, las cuales tienen sus raíces en el racismo y sus dimensiones (estructural, institucional e interpersonal), y en la discriminación^{2,5,6}. Pacientes negros enfrentan una probabilidad significativamente mayor que sus pares blancos de no tener seguro de salud, además de enfrentar otras barreras que impactan negativamente su acceso a los cuidados de salud. Estas barreras, a su vez, limitan la participación en programas de rastreo, y el acceso a cuidados y tratamientos esenciales para el cáncer^{2,4,6}.

Adicionalmente, se estudia también si el riesgo hereditario y los determinantes genéticos para subtipos específicos de cáncer pueden explicar una parte de esas disparidades. Esto puede observarse en tasas más altas de cáncer de mama triple-negativo en mujeres negras y en la mayor probabilidad de ser diagnosticadas con cáncer de mama metastático y de alto grado en comparación con todos los otros grupos^{1,2,4}. Otros determinantes genéticos pueden influenciar la susceptibilidad al cáncer debido a variantes genéticas provocadas por la obesidad, inflamación crónica y respuestas inmunes. Un área creciente de investigación en cáncer es el análisis de diferencia en la actividad biológica tumoral y su relación con la raza y la etnia^{2,4}.

Uno de los objetivos de esa discusión es evaluar si existe diferencia en la respuesta tumoral, en la inmunogenicidad del tumor y en la respuesta a los tratamientos entre pacientes negros y blancos. Sin embargo, varias investigaciones señalan que las diferencias biológicas tumorales pueden contribuir menos para las disparidades raciales en los resultados oncológicos en comparación con las barreras de acceso a los cuidados de salud, y que no hay diferencias raciales en la eficacia de la terapia local o sistémica para los cánceres de mama, pulmón o colorrectal, por ejemplo^{2,4,6}.

Varias investigaciones sugieren que los pacientes negros tienen menor probabilidad que los pacientes blancos de recibir tratamiento adecuado al estadio del tumor o cuidados de acuerdo con las directrices en varios tipos de cánceres invasivos. En comparación con los pacientes blancos, los pacientes negros tienen menor probabilidad de recibir rastreo para cáncer de pulmón (cuando se indica) y, aun después de haber sido encaminados hacia centros oncológicos, son menos propensos a recibir una indicación de cirugía por parte del equipo médico, y más propensos a declinar la cirugía después de haber sido esta recomendada^{2,6,7}.

Los pacientes negros también son tratados con menor frecuencia con quimiorradioterapia para cáncer colorrectal. Para los cánceres de mama y ginecológicos, las mujeres negras tienen menor probabilidad que las mujeres blancas de recibir procedimientos de investigación basados en evidencias o tratamientos recomendados por las directrices. Otras investigaciones mostraron que, en comparación con las mujeres blancas con planes de tratamiento semejantes, los atrasos son más frecuentes al inicio del tratamiento del cáncer de mama en la población negra^{2,6,7}.

Estos pacientes también son más propensos a informar necesidades no atendidas de tratamiento del cáncer, incluyendo cuidados de soporte. Datos muestran que pacientes negros tienen menos acceso a cuidados paliativos especializados, reciben menos analgesia y son sometidos a más terapia *off label* al final de su vida. En las comunidades negras, las necesidades socioeconómicas y de cuidados de apoyo no satisfechas están asociadas al débil compromiso con la terapia del cáncer. Aun después de ajustar las diferencias de estatus socioeconómico y de acceso al sistema de salud, estudios muestran que los pacientes negros nacidos en los EE. UU. tienen mayor probabilidad de percibir una necesidad no satisfecha en el tratamiento del cáncer que los pacientes blancos nacidos en los EE. UU.^{6,8}.

Estos datos muestran que, más allá de la cobertura de salud y del acceso a los cuidados, la discriminación y los sesgos raciales implícitos en el sistema de salud tienden a contribuir para las disparidades en los resultados oncológicos. Un conjunto significativo de estudios señala que el sesgo y el racismo institucional y de los prestadores de salud son impulsores de las disparidades raciales en la salud, contribuyendo para las diferencias raciales en el diagnóstico, pronóstico, decisiones de tratamiento, y en las experiencias de cuidados de salud entre pacientes negros y blancos^{7,8}.

Tales investigaciones llaman la atención hacia el papel de la comunicación y de las interacciones entre prestadores y pacientes en la generación de estas disparidades. Mejorar la capacidad de los servicios de salud de prestar cuidados cultural y lingüísticamente apropiados, así como aumentar la diversidad de la fuerza laboral de los prestadores de salud pueden ayudar a reducir las disparidades en la salud como un todo.

Finalmente, la subrepresentación de la población negra en estudios clínicos corrobora y perpetúa la disparidad racial en el cáncer. A pesar de algunas iniciativas, el reclutamiento de pacientes negros en la investigación clínica continúa siendo irrisorio. En los EE. UU., que siguen siendo el país donde más se produce estudios clínicos en oncología, solo del 3% al 5% de los pacientes reclutados son negros, aunque estos representen alrededor del 14% de la población. Desgraciadamente, en el Brasil, estos datos aún no están disponibles, siendo necesarios estudios nacionales para investigar si la diversidad en estudios clínicos, tan deseada por las industrias farmacéuticas, es de hecho alcanzada.

Avanzar en el aumento de la diversidad de los participantes de investigación clínica y de la representatividad de los grupos minimizados entre los profesionales de salud es un paso importante para combatir las disparidades en la asistencia al cáncer y garantizar que todas las personas se beneficien de los avances continuos en el tratamiento del cáncer.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Washington, D.C: CDC; 2023. United States Cancer Statistics: Data visualizations. [acceso 2023 nov 14]. Disponible em: <https://www.cdc.gov/cancer/dataviz>
2. Tong M, Hill L, Artiga S. Racial disparities in cancer outcomes, screening, and treatment. KFF. 2022 fev 3. [acceso 2023 nov 14]. Disponible em: <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-cancer-outcomes-screening-and-treatment/>
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da População negra. Boletim Epidemiol. 2023;2(N. esp):1-57.
4. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, et al. Racial disparity in 10-year breast cancer survival: a mediation analysis using potential responses approach. Cad Saúde Pública. 2018;34(9):e00211717. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211717>
5. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Pública. 2005 [acceso 2023 set 11];21(5):1595-1601. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>
6. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, et al. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: national health survey, 2019. Rev bras Epidemiol. 2021;24(sup2):e-210011. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
7. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. Am J Public Health. 2015;105(12):e60-76. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903>
8. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, et al. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Psychol Cognit Scienc. 2016;113(16):4296-4301 doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>

Recebido em 19/12/2023
Aprovado em 19/12/2023