

---

## EDITORIAL

---

De la Leucemia,  
la Pobreza y  
los Dilemas del  
Quimioterapeuta

Cada época tiene su enfermedad terrible. Desde los tiempos bíblicos hasta bien avanzada la Edad Moderna, la lepra, con sus connotaciones de castigo divino, fue el siniestro paradigma de la multitud de aflicciones a que está sometida la naturaleza humana (1).

Con la desaparición, por motivos nunca bien aclarados, de este flagelo secular, la tuberculosis y la sífilis, pasaron a ocupar los primeros puestos en el panteón de los horrores de la patología literaria y de la imaginación popular.

El desarrollo de la quimioterapia, durante los primeros decenios de este siglo, despojó a estas enfermedades de su aura terrorífica y las convirtió en entidades tratables y eminentemente curables.

Poco después la poliomelítis se convirtió en el enemigo público número uno. La percepción de esta enfermedad por la mentalidad contemporánea era, sin embargo, diferente. No era ya un castigo divino ni una oportunidad de expiar pecados individuales o colectivos. Era más bien una lucha dramática entre la ciencia médica y un diminuto organismo viral. El desenlace de este combate se podía influenciar con el apoyo financiero que un público inteligente prestara a los científicos que buscaban la cura y prevención de la enfermedad.

El desarrollo exitoso de la vacuna contra la poliomelitis cerró un brillante capítulo de la Medicina que se había iniciado con las intuiciones geniales de Paul Ehrlich y que culminaba con los partes de victoria de Salk y Sabin en las pantallas de la televisión norteamericana.

Nunca antes en la historia de la humanidad había sido mayor el optimismo sobre la inevitable derrota eventual de la totalidad de las enfermedades de la especie.

Al llegar a este punto, era urgente identificar el siguiente objetivo de la investigación biomédica, mientras exhalaban sus últimos estertores las enfermedades infecciosas: Las enfermedades degenerativas? Las enfermedades mentales? El Cáncer? .

La escogencia unánime de las fundaciones, los institutos de investigación y la opinión pública fue la de enderezar todos los esfuerzos a la "lucha contra el cáncer".

Una vez más la imaginación popular seleccionó rápidamente a la leucemia, entre la variada gama de las enfermedades neoplásicas, como el símbolo de todos los horrores. Películas como "Love Story", artículos pseudocientíficos y los héroes médicos de las tiras cómicas se ocuparon de describir vividamente al monstruo pálido que escoge como víctimas favoritas a niños y adolescentes destruyéndolos sin piedad y sin aviso.

Durante los últimos veinte años hemos estado esperando la cura definitiva de la leucemia. Se lograría eliminar esta terrible enfermedad mediante una vacuna para prevenirla? Aparecería una nueva droga milagrosa? Se lograría un control permanente mediante la combinación de los variados agentes quimioterapéuticos que fueron apareciendo?

Poco a poco, la realidad ha ido imponiéndose. La búsqueda de curas contra el cáncer, las enfermedades mentales y las enfermedades degenerativas es infinitamente más compleja, más costosa y menos productiva que las comparativamente fáciles victorias obtenidas contra las bacterias y algunos virus durante la primera mitad del siglo XX.

Volviendo a nuestro tema inicial, las leucemias, cuánto hay de retórica y cuánto de progreso real en el tratamiento de estas enfermedades? Cualquier hematólogo sensato y razonablemente bien informado limitará su parte de victoria parcial al campo de la leucemia linfocítica aguda infantil y guardará un prudente silencio en relación con las demás modalidades de la enfermedad (2).

Un niño con leucemia linfocítica aguda (L.L.A.), antes de la era de la quimioterapia antineoplásica, sobrevivía con ayuda de transfusiones aproximadamente tres meses, a partir del momento del diagnóstico(3).

Actualmente, combinando la quimioterapia, la radioterapia, las transfusiones de sangre y sus componentes, un manejo sofisticado de las infecciones y una dosis substancial de buena suerte, cincuenta por ciento de estos niños están vivos, cinco años después del diagnóstico original (4).

Resulta paradójico que esta sobrevivencia sea mayor que la que se obtiene actualmente con el tratamiento convencional de la leucemia granulocítica crónica, enfermedad considerada tradicionalmente como relativamente benigna.

No existe, por lo tanto, la menor duda de que la aplicación de estas nuevas modalidades de tratamiento prolonga significativamente la vida de un porcentaje importante de los niños con L.L.A. y les permite llevar una vida prácticamente normal, en algunos casos indistinguible, de una curación.

Después de estas consideraciones y trasladando nuestra perspectiva al escenario colombiano, qué podemos decir sobre el pronóstico de esta enfermedad en nuestro medio? Una respuesta totalmente honesta sería la de que la sobrevivencia de un niño colombiano con L.L.A. depende, por una parte, de su ubicación geográfica y el acceso que tenga a los contados centros hematológicos del país y, por otra, de la capacidad de que disponga su núcleo familiar para cubrir los considerables costos de la enfermedad.

Los bajos ingresos de la mayoría abrumadora de la población colombiana la descalifican automáticamente para recibir los limitados beneficios que pudiera proporcionarle el tratamiento moderno de la leucemia.

Se plantean, entonces, varios dilemas: cuando la familia no tiene suficiente capacidad económica, quién debe absorber estos costos? Organizaciones filantrópicas privadas? El omnipresente Estado Colombiano? Hasta donde es justificable reclamar la asignación de considerables recursos públicos para prolongar la existencia de los quinientos niños colombianos que probablemente desarrollan leucemia cada año en nuestro país?

Prolongar la vida de los niños leucémicos es difícil y costoso. Curar o prevenir una enfermedad infecciosa aguda es fácil y barato.

#### ALGUNOS COSTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

DROGAS:			Valor Unitario	Número	Total
a) Inducción	Vincristina (Oncovin Eli Lilly)	amp 5 mg.	\$ 2.490.00	12 amp.	\$ 29.880.00
	Prednisona	tab. 5 mg.	0.80	500 tb.	400.00
b) Tratamiento SNC	Radioterapia		6.700.00	una vez	6.700.00
	Metotrexate parenteral (Lederle)	amp. 5 mg.	103.70	5 amp.	518.50
c) Mantenimiento	Mercaptopurina (Purineto) (Burroughs & Wellcome)	tab. 50 mg.	3.55	2000 tb.	7.100.00
	Metotrexate (Lederle)	tab. 2.5 mg.	4.70	2000 tb.	9.400.00
TRANSFUSIONES:	Sangre Total	500 ml.	1.850.00	20 ?	37.000.00
LABORATORIO:	Cuadro hemático y plaquetas		190.00	200?	38.000.00
HOSPITALIZACION:	Institución Privada	1 día	1.000.00	100 d?	100.000.00
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 228.998.50</b>

No se incluyen honorarios médicos ni gastos misceláneos imprevisibles.

La asignación de recursos en el área de la salud solo ocasionalmente es un proceso racional. Las decisiones, con gran frecuencia, se toman bajo la influencia de conceptos vagos sobre la enfermedad y la salud.

Consideraciones políticas, y el impacto de personalidades médicas elocuentes que defienden su enfermedad favorita, juegan un papel decisivo y distorsionan el proceso de asignación de prioridades.

En su forma más elemental, el presupuesto de salud de un país busca "comprar" años de vida productiva adicionales para sus ciudadanos, al menor costo posible. El "negocio" resulta infinitamente más rentable en el campo de las enfermedades infecciosas que en la compleja área de las enfermedades neoplásicas.

Los planificadores sociales, de las más variadas convicciones ideológicas y políticas, con insólita unanimidad buscan invariablemente comprar "barato" en el mercado de la enfermedad humana.

Qué podemos hacer entonces? Las respuestas no son claras y no es fácil proponer una solución que concilie la simple compasión humana que despiertan estos niños infortunados con las duras realidades médico-económicas.

El dilema de los costos Vs. los beneficios en el área de la quimioterapia antineoplásica constituye solamente un ejemplo de las angustiosas escogencias que la tecnología médica de la era post-infecciosa plantea, a los países en vía de desarrollo.

No se vislumbran sino dos alternativas: O, la políticamente inverosímil decisión de asignar un alto porcentaje de los recursos financieros de la nación al área de la salud para cubrir tanto la enfermedad "barata" como la enfermedad "cara", sacrificando inversiones más inmediatamente productivas, o bien, relegando discretamente a la penumbra estas enfermedades-problema, hasta que el desarrollo económico permita el lujo de destinarles los ingentes recursos que requieren.

Para ese entonces, este mismo proceso de desarrollo, se encargaría de facilitar la decisión, haciendo más escasa la enfermedad "barata", privilegio y patrimonio del subdesarrollo.

Mientras estos dilemas no se resuelvan, prometer una "cura para la leucemia" en nuestro país, resulta una imperdonable ligereza.

**Bibliografia**

1. - Levítico: 13, 1-59.
2. - Crosby, W.H.: To treat or not to treat acute granulocytic leukemia. Arch. Int. Med. 122: 79, 1968.
3. - Tiwey, H.: The natural history of untreated acute leukemia. Ann. NY. Acad. of Med. 60: 3-22, 1954.
4. - Simone, J.: Seminars in Hematology Vol. 11, No. 1, 1974.