

Más allá de la colina y de la selva: una aproximación sobre la terminalidad en Camerún y África

Wilson Astudillo A., Carmen de la Fuente H., Carmen Mendinueta A., Xuria Astudillo L. y Diego Santamaría A.

Paliativos Sin Fronteras

Web: <http://www.paliativossinfronteras.com>
email: paliativossinfronteras@gmail.com

Este documental **“Más allá de la colina y de la selva”**, de Alfredo Torrescalles, productor y realizador audiovisual muy comprometido con los Derechos Humanos, trata sobre las enfermedades crónicas y el final de la vida en las poblaciones de escasos recursos en Camerún, país del África central Subsahariana (ASS), con más de 20 millones de habitantes y una expectativa de vida media de 55 años. Posee más de 250 grupos étnicos y más de 400 tribus y está dividido en 10 provincias y por su unidad en la diversidad, se le considera un África en miniatura. Es uno de los pocos países del mundo con dos idiomas oficiales, el francés y el inglés, aunque tiene otras 20 lenguas más¹. **Fig. 1** Mapa de Camerún. Los grupos étnicos más importantes son: los Peulh, Tupuri, Arabe Choa, Kotoko, Mbum, Duru, Beti, Bamileke, Tikar, Duala, Bakueri, Maka, Ndjem. Sus principales religiones son el cristianismo, el islam y el animismo. Tiene una extensión de 475.400 km². En este artículo revisaremos las posibles causas y efectos de la enfermedad, las diversas concepciones sobre la misma, los prejuicios, el cáncer, SIDA, la Medicina tradicional y el importante papel de los cuidados paliativos y de la cooperación internacional.

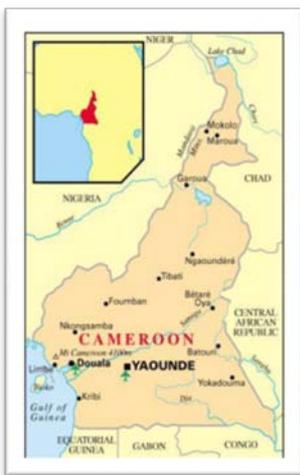


Fig. 1 Mapa de Camerún

El relato se inicia con la visión del tejado de una iglesia derribado por un vendaval, pero la gente del lugar afirma que en realidad este hecho se debió al maleficio de un brujo que hizo caer sobre ella un avión para que murieran todos sus enemigos. Con estas imágenes, Torrescalles nos introduce en un mundo donde conviven distintas realidades, entre ellas la Medicina oficial con otras medicinas tradicionales que consideran a la enfermedad fruto de diversas influencias, no sólo físicas. Recoge algunas experiencias de pacientes y familias en varios hospitales, especialmente en el Hospital Dominicano San Martín de Porres, de Yaoundé.

Fig. 2 y el Hospital de Bikop, Fig 3 en la selva a 80 km de Yaoundé.



Fig. 2 Hospital Dominicano de Yaoundé

Estos dos centros están dirigidos por religiosas españolas, las Hnas. Dominicanas y las Esclavas del Sagrado Corazón, respectivamente. Están reconocidos por el Estado como hospitales piloto para el control y seguimiento del VIH/SIDA y de la Tuberculosis. **Fig. 3.**

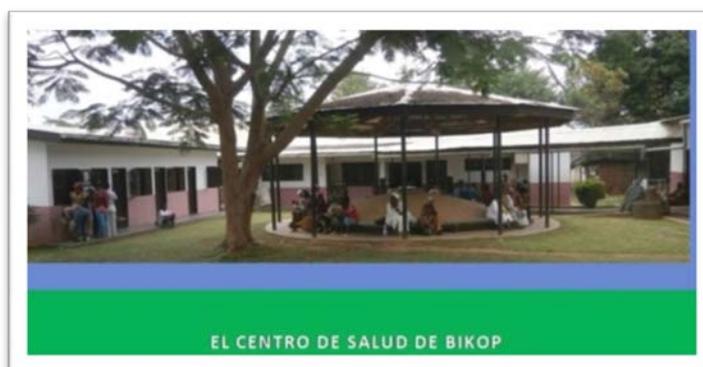


Fig. 3 Hospital Centro de Salud de Bikop

El documental ***Más allá de la colina y de la selva***, es producto de un encuentro con Paliativos Sin Fronteras con Torrescalles al que expone su trabajo en Camerún desde 2010 y se realiza con el apoyo de PSF Camerún. Se construye en base a entrevistas a 22 personas, enfermos, familiares, personal sanitario y a practicantes de la Medicina tradicional. Entre los enfermos se da voz e imagen a dos de ellos: una, Aimeé-afectada por una enfermedad crónica desde adolescente, que es abandonada a su suerte por su familia debido a la pobreza y tiene que deambular por varias casas religiosas hasta terminar en el hospital Dominicano-, y la segunda, Gladys, madre de tres hijos con un cáncer avanzado, cuya familia considera que su mal se debe al ataque de un brujo, pero del que ella y su esposo, su único cuidador, albergan esperanzas de curación con la Medicina oficial.

Las Dras. Ana Gutiérrez, Rosi García y Cristina Antolín que trabajan en estos hospitales, refieren su visión sobre la situación de los enfermos en este país, los efectos de la pobreza en la detección precoz del cáncer, la escasa educación en la prevención, la falta de especialistas, de estructuras sanitarias básicas y sobre el hacinamiento- pues muchas familias duermen en una única habitación sin agua potable, ni luz en algunos casos- y la importancia de los cuidados paliativos. Como las medidas preventivas son escasas, los enfermos tienden a acudir a las consultas en etapas avanzadas, cuando el único tratamiento es el paliativo.

Dentro de las enfermedades endémicas del país destacan el dengue, la filariasis, la leishmaniasis, la malaria, la meningitis bacteriana, la esquistosomiasis y la enfermedad del sueño. La seroprevalencia de VIH ronda en torno al 5,4% de la población del grupo entre 15 y 49 años, aunque estas cifras pueden estar subestimadas debido al fuerte estigma que aún tiene la enfermedad dentro de la población, por lo cual muchos casos no están notificados. Los sistemas de salud públicos son débiles y el coste de los servicios sanitarios privados en muchos países son muy superiores en proporción a los niveles de ingresos familiares, lo cual es un factor que fomenta la pobreza.

Muchas personas parecen acoger la muerte con resignación porque se encuentran cada día con ella y porque creen que es solo el tránsito de una etapa a otra de la vida. Torrescalles dice que para comprender la situación de la sanidad en esta zona, hay que conocer que aquí la muerte natural se considera que no existe, excepto si se es muy anciano. En la cultura Beti parece no existir la muerte y ello puede estar en relación con la concepción africana de la vida, donde los muertos no han muerto, como diría Birago Diop. Así, éstos son enterrados junto a su casa, los niños juegan en ocasiones sobre la tumba y las familias siguen teniendo cerca a sus difuntos, a los que hablan con frecuencia, como si siguieran presentes. Más atormentadora todavía es la creencia de los africanos en la reencarnación, ya que afirman que existe una especie de comercio de ida y vuelta entre el mundo de los muertos y el de los vivos.

Camerún tuvo un nivel de pobreza del 29,9% en 2012, un gasto sanitario de 19 euros por persona en 2015 y posee una muy escasa cobertura de la seguridad social. Si bien está en el África subsahariana (ASS), Camerún no es uno de los más pobres de la zona. En el ASS están 35 de los 42 países con menor desarrollo humano, 15 millones de refugiados y el 47% de la población vive con menos de 1,25 dólares al día². Fig 3.

En ella existe una carga desproporcionada de SIDA, tuberculosis y malaria con más del 70% de las muertes mundiales por VIH/SIDA, cerca del 30% de las producidas por tuberculosis y más del 90% de la mortalidad por malaria³⁻⁵. El ASS alberga al 12% de la población mundial pero tiene el 25% del peso de la enfermedad y solo un 3% de los sanitarios mundiales¹⁻². El número de médicos es de 0,2 por 1000, comparado con el 3,7 por 1000 en los países más desarrollados⁴. La mayor parte de profesionales sanitarios sirve a una minoría de población situada en áreas urbanas, mientras que la de las zonas rurales acude con gran frecuencia a la medicina tradicional. Médicos y enfermeras formados en Camerún emigran debido al mal pago y al exceso de trabajo. Por la falta de recursos existe personal del área de la salud sin empleo.

Prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT)

La prevención de las ENT en el África Subsahariana constituye una medida muy importante porque causan casi el 60% de todas las muertes y 43% de todas las enfermedades en el mundo. Es más, el 80% de las muertes por ENT se producen en países de rentas medias y bajas. El objetivo del Milenio es reducir en 1/3 las muertes prematuras por ENT a través de aumentar la cobertura y acceso a servicios de salud, fármacos y a los cuidados paliativos. En este momento en el que los países africanos están pasando de centrar su atención en las enfermedades infecciosas a repartirla entre éstas y las ENT, hay que aprender algunas lecciones fundamentales en relación con la prevención y el control de este tipo de enfermedades, en particular del tabaco, porque las compañías tabacaleras lo están comercializando agresivamente en África entre jóvenes y mujeres, tratando incluso de indicar que el tabaco iguala a los géneros. Así, es necesario difundir a la población que la educación sobre un estilo de vida saludable, sin tabaco y alcohol y la mejora de las condiciones del aire pueden disminuir el cáncer de pulmón, cabeza, cuello, garganta, vejiga y el cáncer hepático. Millones de vidas pueden ser potencialmente salvadas por una buena prevención.

Es preciso indicar también que el padecer cáncer no es una sentencia de muerte porque la detección temprana y el tratamiento precoz son eficaces también en otros cánceres como el de cérvix, mama y el retinoblastoma en los niños. Se han producido notables victorias en el cáncer testicular, la leucemia linfoblástica aguda, se han desarrollado biomarcadores para guiar el diagnóstico y tratamiento de otros cánceres y se emplean cada vez más programas de detección y vacunación. Conocer que los agentes infecciosos son responsables del 36% de las muertes en los países pobres comparados al 16% de los desarrollados, ha contribuido a estimular la vacunación contra el virus del papiloma humano con lo que se previene el cáncer de cérvix, la de la hepatitis B, para el carcinoma hepatocelular, el tratamiento del H. Pylori para el cáncer gástrico y la administración de antirretrovirales (ARV) en el VIH. No obstante, la mortalidad por cáncer en los países de escasos recursos es del 75% mientras que en los países desarrollados es del 46%. La International Agency for Research in Cancer (I.A.R.C), predice que la incidencia del cáncer en África aumentará en más del 80% en los próximos 20 años, solo por los cambios demográficos de la población⁵. Por todo ello, hay mucho por hacer para ayudar a desarrollar los sistemas sanitarios y los cuidados paliativos en este continente.

La lucha contra los prejuicios

El documental revela que los enfermos africanos, por su pobreza **Fig.4** y falta de educación sanitaria, tienden a recurrir en general a la Medicina tradicional y a los curanderos para el alivio de sus males y a la compra de medicamentos fuera de los circuitos habituales, a pesar de que el 30% de ellos son fraudulentos. Nos permite conocer algunos de los prejuicios que evitan la atención y tratamiento precoz en las enfermedades. Así, aunque el cáncer no respeta grupo religioso alguno, las prácticas distintas o creencias dentro de una tradición religiosa tienen implicaciones tanto en el riesgo de contraerlo como en su cuidado. La perspectiva de que todos los asuntos de la salud y de la enfermedad, inclusive la vida y la muerte, son predeterminados puede contribuir a que algunos individuos no quieran que se les investigue o se les trate el cáncer. Existen más de 2000 lenguas en África, que representan un tercio de todos los lenguajes de la tierra. La mayoría de las lenguas africanas indígenas no tienen una

palabra para el cáncer.⁶ Cuando se pregunta a una mujer por qué ha retrasado la consulta médica, una respuesta frecuente es la creencia en la curación espiritual⁷. En un estudio Nigeriano, el uso de la terapia alternativa u oración estuvo en un nivel alto en la lista de las razones de retraso en la búsqueda de control médico⁸. En Nigeria un 29% de las mujeres rechazan la biopsia para el diagnóstico del cáncer y el 38%, también el tratamiento una vez que se diagnostica⁹.



Fig. 4 Una casa rural de Camerún

La mastectomía en el cáncer de mama, un procedimiento ampliamente utilizado para esta enfermedad, no siempre es culturalmente aceptada¹⁰. En un estudio hecho en Nigeria con mujeres casadas que recibieron este tratamiento, se observó que el 33,8% estuvieron divorciadas a los 3 años. La cirugía conservadora de la mama es rara por la pobre disponibilidad de radioterapia y quimioterapia adyuvante, así como de otros recursos para la evaluación del nódulo centinela. El tamoxifeno no está accesible en muchos países a pesar de su bajo precio. Por todos estos motivos, hay que resaltar la necesidad de educar a la población sobre los orígenes de la enfermedad, la prevención, la detección y el tratamiento precoz.

Chirwa et al¹¹, estudian los mitos y prejuicios de 1.100 mujeres zambianas de ingresos bajos en relación con el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix cuya detección temprana le hace susceptible de intervención quirúrgica con excelente supervivencia a los 5 años. En lo que respecta a las causas de la enfermedad en este país con la mayor incidencia y la mayor mortalidad por este cáncer, predomina la falsa idea de que la contraen las prostitutas o las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un hombre casado. Entre las razones esgrimidas para no someterse al examen está la creencia de que las enfermeras que realizan la prueba son servidoras de Satán, el temor a que les quiten a sus hijos, la idea de que el examen médico es doloroso y la preocupación por la confidencialidad de los resultados. Los autores concluyen que es importante que los programas de promoción de la salud tengan en cuenta las creencias religiosas y percepciones dominantes en una sociedad cuando se elaboran y se formulan las intervenciones y los mensajes informativos de un programa. En otros casos, los retrasos diagnósticos pueden ser atribuidos a factores como las creencias culturales que consideran a la cirugía un tabú, la negación (especialmente después de una respuesta clínica completa), la ignorancia médica, los retrasos en los análisis finales histopatológicos y las restricciones financieras. Puede también deberse a la lejanía de los centros sanitarios, un pobre transporte, la existencia de áreas de conflicto religioso o bélico. Todo ello impide a muchas personas buscar ayuda y recibir tratamiento.

Torrescalles ha detectado que en Camerún, cuando alguien enferma, muere o sufre cualquier desgracia se busca un culpable, concepto que está tan presente como la aceptación del dolor como forma de redención por lo que uno ha hecho mal en la vida, y que tienden a coexistir dos tipos de diagnóstico y de tratamiento: uno el clínico oficial y el otro el tradicional, de tipo cultural, muy generalizado y enraizado en la mentalidad de mucha gente, un tipo de “sanidad paralela” que relaciona la enfermedad con el mundo de los espíritus. Son numerosas las personas que creen que el mal que sufren es un hecho natural según su religión o que es la consecuencia de que los malos espíritus se han apoderado del cuerpo, por sus propias culpas o porque alguien les “ha lanzado” una maldición mediante la intervención de un hechicero. Consideran, por lo tanto, que la manera de sanar es liberar al cuerpo de los malos espíritus, por lo que la brujería está muy extendida en Camerún. Este tema espiritual abarca incluso a la curación, pensándose que aunque se haya curado de la parte física, queda otra parte espiritual que debe curarse también. Esta actitud, unida a una concepción redentora del sufrimiento hace que los enfermos vayan al hospital demasiado tarde.

Torrescalles consigue entrar con su cámara donde las nuevas iglesias de “La Revelación” ofrecen curación por intervención divina a través de la colocación de las manos en los enfermos, y contacta con marabúes, hechiceros, curanderos y pastores de las nuevas iglesias que se ofrecen para liberar a las personas de sus enfermedades, con el poder que Dios les ha otorgado (o el Diablo, en su caso) por medio de rituales, exorcismos, rezos y conjuros, como el caso de la Pastora Josiane. Estas iglesias conocidas como Wake, se anuncian en grandes vallas publicitarias, carteles, radios y periódicos, todo ello a cambio de dinero e invitando al paciente a no ir a un hospital porque “allí solamente se actúa en la superficie del problema”. Hay unas 500 de estas iglesias solo en la capital de Camerún, alguna incluso con canal de televisión. Solo 48 de ellas tienen permiso gubernamental, pero en todas hay quien asegura poseer la capacidad de sanación. En el caso del cáncer, se consulta más a los curanderos tradicionales porque éstos ofrecen o prometen cura sin las complicaciones- caída del pelo, disfunción eréctil, infertilidad- que pueden venir por el uso de la quimioterapia, a un precio mucho más al alcance de la gente que la Medicina oficial, sin el coste añadido de controles, análisis y los viajes a los centros de salud por los duros y difíciles caminos que los enfermos deben recorrer.

El cáncer y el VIH/SIDA

Son dos patologías que afectan de manera importante a los países pobres y en desarrollo, con profundos efectos sobre la población activa, pero el hecho relevante es



Fig. 5 Médico consolando a una paciente

que un buen porcentaje de los cánceres es tratable si se detecta y trata precozmente, mientras que la combinación de antirretrovirales (TARGA) en los portadores del VIH/SIDA es eficaz al producir marcadas reducciones en la enfermedad y el número de muertes, además de ser la mejor terapia paliativa. El riesgo de SIDA para los portadores VIH al cabo de 6 años es de un 18% y a los 9 años, de un 35%. Sin la TARGA y cotrimoxazol, 30% de los infantes

infectados mueren al año y el 50% a los dos años¹². Con la TARGA las infecciones han bajado un 35% desde el año 2000 y la mortalidad un 42% desde 2004. En Kenia, en 2015, la entrega de un paquete integral de servicios VIH a las prostitutas redujo la transmisión sexual del 27 al 3%. Camerún tiene un índice elevado de VIH/SIDA, con muchos enfermos crónicos.

Los portadores de VIH tienen riesgos aumentados para el sarcoma de Kaposi (30-90 veces), linfomas (5 veces) y cáncer de cérvix (el doble del riesgo). La lesión maligna más común es el cáncer de cérvix (considerada una enfermedad asociada al SIDA), y requiere histerectomía junto a RT. El linfoma no Hodgking también requiere excisión.

En África la **cirugía** es el principal método de curación y base de programas oncológicos, porque los cirujanos son a menudo los primeros y únicos médicos que tratan a un paciente con cáncer. **Fig.5** Es útil en la prevención, diagnóstico, curación, paliación y reconstrucción. El 80% de los nuevos casos de cáncer pueden requerir cirugía y ésta aumenta un 30-55% la supervivencia en el cáncer de mama. El tratamiento de cánceres que se presenta precozmente como mama y colon como unos pocos que se presentan en fase avanzada- cáncer testicular- siempre necesitan cirugía para curarse. La resección quirúrgica es también crucial para los cuidados paliativos, como la mastectomía para cánceres avanzados para mejorar la calidad de vida, los estomas paliativos para las obstrucciones intestinales, la cirugía reconstructiva para la cosmética después de la mastectomía y varias intervenciones de cabeza y cuello. En el cáncer de colon tiene un papel crucial, debido a que es la única opción disponible a causa de la escasez de terapias coadyuvantes y la necesidad de aliviar los síntomas.¹³ En el ASS, la escasez de opciones de tratamiento en el cáncer hepatocelular debe hacer que los esfuerzos públicos se enfoquen en la vacunación de la hepatitis B para prevenirlo. Solo existen 2 oncólogos y pocos anatomopatólogos en Camerún, que ejercen en Yaoundé, lo que significa que habrá una demora de varios meses para obtener la evaluación patológica¹⁴.

En el ASS, el uso de la **Radioterapia** (RT) para tratar a los pacientes con cáncer está limitado por la pobre infraestructura médica. Si bien esta beneficia a 55% de pacientes con cáncer de mama, cérvix y otros con dolor y metástasis óseas, mejora el pronóstico de la enfermedad y coadyuva otras terapias, solo la reciben 10,8%.¹⁵ Actualmente son necesarias 7.000 máquinas de RT en países de escasos y medianos recursos. África tiene el 2% de toda la RT mundial (277 máquinas). De los 52 países africanos, solo 23 ofrecen RT y 20 disponen de braquiterapia. **Fig. 6** Radioterapia en África. Sudáfrica y Egipto, tienen el 60% de los recursos de RT de la región¹⁵.

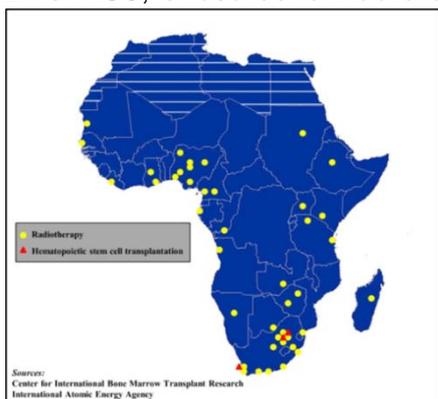


Fig. 6 Mapa de la distribución de RT en África

Etiopía, con 78 millones de habitantes, tiene 2 máquinas y necesitaría 74-85 para abastecer las necesidades de los pacientes. Camerún, con 20 millones de habitantes, tiene 3 máquinas y necesitaría 17. Además, hay pocos radiólogos y técnicos entrenados que trabajen en la región¹⁶⁻¹⁷.

La *oncología pediátrica* no está bien desarrollada en el ASS, parcialmente a causa de la alta prioridad dada a las enfermedades infecciosas y a la malnutrición, así como a las escasas infraestructuras sanitarias. En esta zona hay algunos cánceres específicos, especialmente prevalentes en los niños: linfoma de Burkitt, (50% de los cánceres infantiles), nefroblastoma, retinoblastoma, linfomas no Hodgking y Hodgkin, rhabdomyosarcoma y Sarcoma de Kaposi. Como sucede con los adultos, en el ASS el cáncer se detecta tardíamente en los niños. El retraso en el diagnóstico está causado por las creencias culturales, la mala información y por ser atendidos inicialmente por curanderos tradicionales. Es vital la rapidez del diagnóstico y tratamiento para preservar la función, por ej. en el caso del retinoblastoma. La malaria, VIH, tuberculosis y malnutrición coexistentes pueden limitar los tratamientos de pacientes con enfermedad avanzada. Dos de los mayores problemas para el control del cáncer en los niños en los países de escasos recursos es la falta de profesionales sanitarios entrenados, la provisión de servicios y la educación que son todavía rudimentarios. Mucho de los países de medianos recursos que han podido desarrollar algunos programas contra el cáncer pediátrico gracias a la colaboración directa o indirecta con instituciones extranjeras a través de esfuerzos educativos (hermanamientos o apoyos puntuales) que se hacen a través de internet u otros recursos formativos a la distancia^{17,18}.

El principal obstáculo para el manejo apropiado del cáncer en los países pobres y de medianos recursos es el coste del tratamiento. Los fármacos quimioterápicos genéricos, a menudo fabricados en Asia, son ampliamente utilizados, ya que el coste de fármacos de patente es prohibitivo pero hay problemas a causa de los temas relacionados con la bioequivalencia y la eficacia de algunos fármacos genéricos comparados con los originales. No existen medidas regulatorias estrictas para controlar el influjo de fármacos substandard en la mayoría de los países en el ASS. Los individuos ricos pueden recibir fármacos anticáncer, pero no la mayoría de pacientes con cáncer. Irónicamente, terapias de medicinas recientes con patente están disponibles en lugares sin los tratamientos anticancerosos básicos.

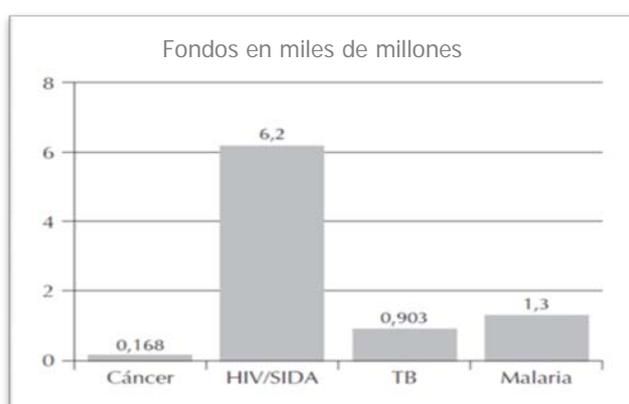


Fig. 7. Fondos en dólares para combatir el cáncer, VIH/SIDA, Malaria y tuberculosis en países en vías de desarrollo

La cobertura universal para el cuidado del cáncer sería el único mecanismo por el cual los pacientes de países de escasos u medianos recursos podrían obtener un tratamiento apropiado. Es cada vez más necesario dedicar más fondos a la

investigación y lograr costos más bajos para todos los elementos que intervienen en el cuidado del cáncer. Por ahora a nivel mundial, el cáncer mata alrededor de 70% más de personas que el SIDA, tuberculosis y malaria juntas¹⁹, y se dedica a su prevención y tratamiento solo el 2% de los fondos que se destinan a otras enfermedades **Fig.7**. Este enunciado no se cumple en el ASS donde el cáncer mata seis veces menos que el SIDA, tuberculosis y malaria, lo que se debe a que en AAS tiene una carga desproporcionadamente alta de SIDA, tuberculosis y malaria. Conforme se aborda el cáncer desde sus aspectos multidisciplinares, esto empieza a cambiar.



Fig. 8. Fotografía de Médicas Españolas

El desarrollo de los Cuidados Paliativos (CP) en Camerún

Las Dras. A. Gutiérrez, (Representante de PSF en Camerún), R. García y A. Antolin, **Fig. 8** como muchos cooperantes sanitarios vocacionales, en este caso religiosos, dan cuenta de la gran importancia de desarrollar los cuidados paliativos (CP) en estas culturas para dar dignidad a las enfermos en la terminalidad, porque en el siglo XXI no se puede consentir que las personas sigan muriendo con dolor y abandonadas. Coinciden con Paliativos Sin Fronteras (PSF) al afirmar que los CP deben formar parte de los planes nacionales contra el cáncer, SIDA y otras enfermedades crónicas desde el momento del diagnóstico, porque alivian el sufrimiento, y mejoran el bienestar de los pacientes. Sin embargo, queda mucho por hacer para educar y sensibilizar a la población y ofrecerlo sin coste extra para las familias pobres. Solo así éstas podrán experimentar que se ha producido un cambio en la Medicina y que el final de la vida puede transcurrir de forma más decorosa y humana. Por este motivo, vale la pena resaltar que Gran Bretaña en la parte inglesa de Camerún, como España en la francesa, han desempeñado un papel esencial en el desarrollo de los CP en este país. Así, en 2006 se importó por primera vez la morfina y se reconstituyó en la Hospital Baptista Bansa (Camerún Inglés)²⁰.

En el caso de España, el movimiento paliativo empezó en el Camerún Francés tras un primer curso de cuidados paliativos en el Hospital Dominicó en 2007 dado por Cooperación Médica Canaria Sahel; luego, en 2010, Paliativos Sin Fronteras (PSF), ONG sanitaria española, aportó dinero para mantener 10 camas para los enfermos de SIDA en el hospital S.Martín de Porres de Yaoundé y retomó la formación de profesionales mediante el envío de 10 cooperantes y la organización de cursos anuales de formación profesional gracias a la decisiva intervención de estas tres médicos españoles.

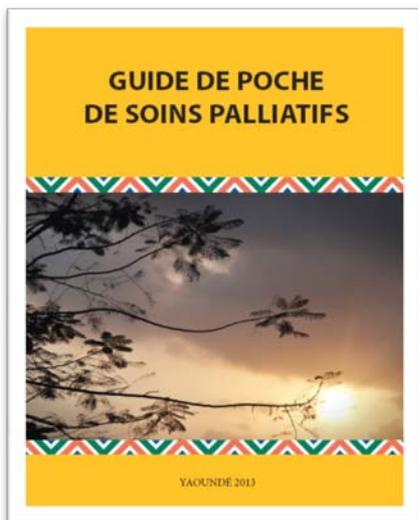


Fig. 9. Portada del libro Guide de Poche des soins palliatifs

En 2013 se editó la **Guide de poche de Palliatif soins Fig. 9** que se ha distribuido entre más de 1800 profesionales y estudiantes y, con el apoyo de la Asociación Africana de Cuidados Paliativos, de la IAHPC y de la Dra. Catherine D'Souza de Gran Bretaña, se consiguió el acceso a la morfina en solución oral en la zona francesa de Camerún, creándose el equipo de asistencia paliativa domiciliaria en Bikop. Este fármaco, muy económico, es esencial para el control del dolor y su nivel de uso indica el grado de atención que se da a éste.

En 2014, PSF promovió la formación de la Unidad de Cuidados Paliativos en el hospital Dominico San Martin de Porres, que se inauguró en el mes de abril, con la ayuda de la Fundación ADESTE de Madrid. Posteriormente, PSF ayudó a la creación del equipo de paliativos del Hospital de Essos de la Seguridad Social en Yaoundé. Ese año también se logró la implantación de la formación en CP en las Escuelas de Enfermería, se realizó el primer curso de Cuidados Paliativos pediátricos y Alfredo Torrescalles, con la colaboración científica de PSF España y PSF Camerún, realizó el documental **Más allá de la colina y de la selva**, motivo de este artículo. En estos últimos tres años, PSF ha facilitado la formación de 5 profesionales de estos dos centros (dos enfermeros, dos psicólogos y un técnico de laboratorio en Anatomopatología) en hospitales españoles. En la actualidad se trabaja por ayudar a desarrollar la Oncología en el Hospital Dominico de Yaoundé, con el apoyo de la **Fundación Técnica y Humanismo en el Instituto IDOC Centre Médic en la Clínica Corachan de Barcelona y la Fundación Recover**. En 2015, PSF editó el libro **Medicina Paliativa en niños y adolescentes** con la colaboración de varios especialistas africanos, que se está traduciendo al francés. **Fig. 10** (Portada del libro Medicina Paliativa en niños y adolescentes).

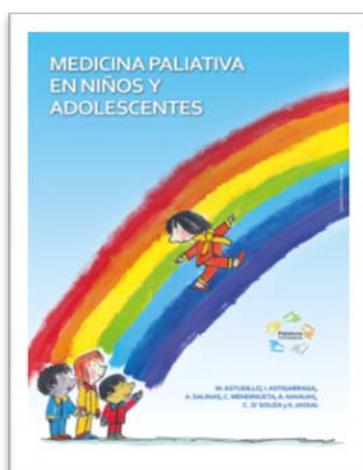


Fig. 10. Portada del libro Medicina Paliativa en niños y adolescentes

Los CP son un factor muy importante de cambio en la Medicina en general. En estos años han mejorado y existen en 53% de los países africanos, pero su necesidad ha aumentado en un 300%. Son muy importantes, porque con ellos se reconoce como unidad de atención al paciente y a su familia, así como la necesidad de buscar el alivio del sufrimiento, del dolor y de otros síntomas molestos para poder tener una muerte en paz. Los CP potencian la necesidad de trabajar en equipo para cubrir las múltiples necesidades del enfermo y de su familia, que es causa del éxito del *home based care* (cuidados basados en el hogar) que está muy extendido en la zona de Uganda, país donde se recomienda tratar de utilizar los recursos existentes

en otros programas sin necesidad de multiplicarlos^{21,22}. Así, sería posible aplicar un abordaje diagonal en los programas existentes de salud reproductiva y sexual, tuberculosis y del VIH/SIDA para que éstos puedan ser utilizados a la vez para expandir el cribado y tratar los cánceres de mama y de cérvix. Esto se haría combinando los CP centrados en el hogar y comunidad con otros dedicados a pacientes con VIH/SIDA mediante la formación en su cuidado durante dos a tres meses de trabajadores de salud comunitarios, cuya labor sería supervisada por médicos para que ayudasen a las familias a sobrellevar mejor la enfermedad, controlar la medicación para el dolor, anti VIH, o tratar las infecciones oportunistas, lo que aumentaría la adherencia de los pacientes, a quienes se les apoyaría con otras medidas para mejorar su alimentación y entorno. Este programa ha sido exitoso y se utiliza en la Foundation for Hospices en el ASS y el Hospice Uganda y puede llegar a ser coste efectivo.

La ventaja potencial de la atención sanitaria centrada en el hogar y comunidad requiere una mayor exploración porque coloca a los CP dentro de un continuum de cuidado. Todo se puede ofrecer en abanico y atender de forma integral al enfermo y a su familia.

En cuanto al tratamiento del cáncer, como la mayoría de pacientes en estos países no pueden completarlo a causa de la pobreza, dificultades para acceder a los controles o efectos muy molestos no controlados adecuadamente, es preciso que los gobiernos, incluso de los países más pobres, dediquen más fondos para la creación de un seguro que permita el acceso al tratamiento para los más vulnerables, niños, jóvenes y personas en edad activa. Esto evitaría que cada año sean empujadas a la pobreza más de 100 millones de personas. El acceso al cuidado del cáncer y su control es y debe ser un tema de equidad, pero no siempre es así. Existen grandes diferencias entre los países desarrollados y los de bajos y medianos recursos que se pueden y deben cambiar en base a razones humanitarias y por el respeto a los derechos de las personas. El cáncer y las muertes que afectan principalmente a niños, jóvenes y personas en la plenitud de sus vidas, son un desafío al desarrollo económico y humano, tanto como causa y efecto de la pobreza.

La falta de acceso a la educación y a la sanidad, así como la discriminación, exponen a las poblaciones a riesgos adicionales de padecer y de morir por cáncer y otras enfermedades. Así, según un informe reciente de la ONU, la mortalidad en la India, que en 2012 fue de 1.410.000 en menores de 5 años, podría reducirse en un 61% si todas las mujeres y niñas completasen la educación secundaria, mientras que se reduciría en un 13%, si solo terminasen la educación primaria²³. Dado que existen en África más de 2000 lenguas, es necesario que la difusión de medidas preventivas se haga en los idiomas oficiales (Sudáfrica tiene 11 idiomas oficiales). La diversidad de lenguas significa también que la comunicación entre pacientes y sanitarios tiende a ser subóptima²⁴. Es necesario disponer de mejores estadísticas de las enfermedades prevalentes que permitan diseñar mejores planes de control y potenciar la cooperación educativa y hermanamientos en la formación de profesionales de más desarrollados con los países de escasos recursos. Desde 2010, Paliativos Sin Fronteras ha promovido estancias formativas en servicios hospitalarios de Paliativos, Oncología y Anatomopatología de 22 profesionales latinoamericanos y africanos en España y en Chile mediante convenios interinstitucionales.

Conclusiones

Consideramos que el documental de Torrescalles , *Más allá de la colina y la selva* es un encomiable esfuerzo para acercarnos la realidad camerunesa y de muchos otros países donde se viven situaciones semejantes. Por ello, los Estados deben esforzarse por construir sistemas sanitarios básicos que protejan bien, a uno de los valores más importantes: la vida de sus conciudadanos. Creemos esencial que los gobiernos se impliquen en la educación de sus profesionales, en la creación de un Plan Nacional contra el cáncer que incluya los cuidados paliativos y en promover un mayor esfuerzo global de cooperación internacional para que el tratamiento del cáncer sea accesible a la mayoría de sus poblaciones más desfavorecidas, bien sea ofertado por el propio Estado o por un seguro promovido por el mismo²⁵. Las medidas de prevención y educación sobre el cáncer deberán llegar incluso a los curanderos para que sepan reconocer los signos y síntomas tempranos de una enfermedad maligna y derivar pronto a la Medicina oficial. Ese será el mejor servicio que pueden hacer a sus enfermos.

Sobre el Autor

Alfredo Torrescalles es un productor y realizador audiovisual, natural de San Sebastián, muy comprometido con los Derechos Humanos, la cooperación y los colectivos más desfavorecidos que debutó cinematográficamente en 2012 con el documental *Flores de la Fronteras* que fue seleccionado para el catálogo *Docs for Sale* del IDFA de 2013, y se encuentra actualmente en la fase de producción de su quinta película , *RCA, Retorno a ningún lugar*, que trata sobre los refugiados del conflicto de la República Centroafricana .Torrescalles realizó el rodaje de este documental a lo largo de dos meses en dos etapas diferentes. Empezó el viaje en solitario y con medios suficientes, pero reducidos a los que puede manejar una persona que tiene que hacer por sí misma todo el trabajo: una cámara principal, comprimida en una mochila con todo lo necesario y un trípode pequeño para tener movilidad (gran parte de los desplazamientos en Camerún se hacen en mototaxi...). El segundo viaje lo hizo cuatro meses más tarde, lo que le dio la oportunidad de tomar cierta distancia emocional (algo conveniente para un documentalista), y mirar el tema con mayor perspectiva y seguir la evolución de los personajes. Rodar en África, de entrada, no es fácil. Si el tema de la película es controvertido, más difícil aún. Además de la existencia de zonas de conflicto o de guerra, el principal problema en los rodajes son la Administración, la Policía, las autoridades en general y la corrupción.

La institución o persona que desee visualizar este documental se deberá poner en contacto con su autor, Alfredo Torrescalles: torrescalles@fascinapro.com

Bibliografía

1. Abdel-Wahab, M; Bourque, J-M; Pynda, Y. et al. (2013). Status of radiotherapy resources in Africa: an international Atomic Energy Agency analysis. *Lancet Oncol*, 14, pp. 168-75.
2. Anyanwu, S.N; Egwuonwu, O.A. y Ihekwoaba, E.C. (2001). Acceptance and adherence to treatment among breast cancer patients in Eastern Nigeria. *Breast*, 20 (supple 2), pp. 51-53.
3. Astudillo, W. y Salinas, A., (2014). La solidaridad internacional ante el cáncer. *ONCOSER*, pp. 12-18.
4. Astudillo, W; Mendinueta, C; Astigarraga, I; Salinas, A. et al. (2015). La necesidad de solidaridad oncológica y paliativa con los niños y adolescentes de países pobres y de recursos limitados. En: Astudillo, W; Astigarraga, I; A; Salinas, A; Mendinueta, C; Navajas, A; D'Souza, C. y Jassal (Editores). *Medicina paliativa en niños y adolescentes*. Paliativos Sin Fronteras. San Sebastian, pp. 711-731.
5. Barton, M.B; Frommer, M. y Shafiq, J. (2006). Role of radiotherapy in cancer control in low-income and middle-income countries. *Lancet Oncol*, 7, pp. 584-95.
6. Chirwa, S; Mwanchamuntu, M; Kapambwee, S. et al. (2010). Myths and misconceptions about cervical cancer among Zambian women: rapid assessment by peer educator. [Glob Health Promot](#), 17(2 0) pp. 47-50. doi:[10.1177/1757975910363938](#)
7. D'Souza, C; Gutiérrez, A. y García, R. (2014). *Historia de los Cuidados Paliativos en Camerún*. Notas Paliativas. PSF-SOVPAL. San Sebastián, pp. 12-15.
8. Ethnologue. Languages of the world. [<http://ethnologue.com/>](accessed Dec. 16, 2014)].
9. Ezeome, E.R. (2010). Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu. Nigeria. *Niger J Clin Prac*, 13, pp. 311-16.
10. Ferlay, J; Soerjomataram, I; Ervik, M. et al. (2013). GLOBOCAN v1.0 Cancer incidence and mortality worldwide. *IARC Cancer Base*. Nº 11, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [<http://globocan.iarc.fr> (accessed Dec 16,2014)].
11. Gulland, A. (2014). Better education for women should slash child mortality in India. *BMJ*. March,12, 348: doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g210>.
12. Hardford, J.B. (2015).Barriers to overcome for effective cancer control in Africa. *LancetOncol*, 16, pp. 385-93.
13. Ibrahim, N.A. y Oludara, M.A. (2012). Socio-demographic Factors and reason associated with delay in breast cancer presentation: a study in Nigerian Women. *Breast*, 21, pp. 416-18.
14. Kingham, T.P; Alatise, V; Vanderpuye, C; Casper, F.A; Abantangaga, T.B; Kamara et al. (2013). Treatment of cancer in sub-saharan Africa. *Lancet Oncol*, 14, pp. 158-67.
15. Labson, M; Sacco, M; Weissman, D; Gornet, B. y Stuart, B. (2013). Innovative models of home based palliative care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, Vol 80, E supply January.
16. Magrath, I; Steliarova-Foucher, E; Epelman, S; Ribeiro, R; Haraif, M; Chi-Kong, Li; Rejin, K. et al. (2013). Improving cancer care for children and young people 2. *Lancet Oncol*, 13, pp. 104-16. [[http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70008-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70008-1)].

17. Morhason-Bello, I.O; Odedina, F; Rebbeck T.R. et al. (2013). Challenges and opportunities in cancer control in Africa: a perspective from the African Organisation for Research and training in cancer. *Lancet Oncol*, 14, pp. 142-51.
18. Moten, A; Schafer, D; Farmer, P; Kim, J. y Ferrari, M. (2014). Improving cancer care in developing settings. www.jogh.or10.7189/jogh.04.010304 . Vol. 4, Nº 1. pp, 1-5.
19. O´Neill, J; Romauera, R; Parham, D. y Marconi, K. (2002). Practicing Palliative Care in Resource poor settings. *J. Pain and Symptom Manage*, 24 (2), pp. 148-151.
20. Odigie, V. I; Tanaka, R; Yusufu, L.M; et al. (2010). Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria. *Psychooncology*, 19, pp. 893-97.
21. Parkin, D.M; Bray, F; Ferlay, J; Forman, D et al. (2012). Cancer burden in Africa and opportunities for prevention. *Cancer*, 118, pp. 4372-84.
22. Reams, R.R; Odedina, F.T. y Pressey, S. (2013). Advocacy resource: engaging the media and promoting your cancer program in Africa. *Infect Agent Cancer*, 8 (suppl 1):S5.
23. Sullivan, R; Aiatisse, O. I; Anderson, B. et al. (2015). Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *Lancet Oncol*, 16, pp. 1193-224.
24. UN Refugee Agency. (2013). *Global report*. [<http://www.unhcr.org/gr13/index.xml>. (Accessed December 2014)].
25. Wise, J. (2011). A third of all cancers in the UK are potentially preventable finds review. *BMJ*, 342 d7999.

Ficha técnica - Título: ES: *Más allá de la colina y la selva*. FR: *Au-delà de la colline et la brousse*
Guión y dirección: Alfredo Torrescalles / Género: Documental.
Duración: 52 min.

Idiomas: Francés, Inglés, Español, Árabe / Subtítulos: Francés, Inglés, Español.
País de rodaje: Camerún (Yaoundé, Bafoussam, Bamenda, Mbalmayo, Bertoua, Garoua Boulai, Ngaoundere)

Formato de rodaje: HD. Año: 2014.