



PLANIFICACIÓN: CÓMO MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA EL CÁNCER DE MAMA



Acerca de este resumen de conocimientos:

El presente resumen explora cómo mejorar el acceso equitativo a la atención del cáncer de mama, al reducir las barreras para los servicios de salud de la mama. Abarca las barreras estructurales, socioculturales, personales y financieras para obtener acceso a la detección, el tratamiento y los cuidados de apoyo para el cáncer de mama.

RESUMEN DE LAS POLÍTICAS FUNDAMENTALES

Mejorar el acceso al abordar las barreras estructurales

- La coordinación de los servicios, las redes de derivación sólidas, los navegadores de pacientes y otros cambios estructurales pueden mejorar el acceso de las pacientes al diagnóstico y el tratamiento oportunos del cáncer de mama.
- Acrecentar las capacidades de los recursos humanos también puede mejorar el acceso de las pacientes a la atención. Por ejemplo, el adiestramiento en temas como factores de riesgo del cáncer de mama, exploración clínica de las mamas y procedimientos adecuados de derivación puede mejorar la detección temprana y los resultados.
- La distribución geográfica de los servicios (localizados en oposición a centralizados) influye en el acceso a la atención. Los servicios centralizados deben tener extensión también a las comunidades alejadas.

Mejorar el acceso al abordar las barreras socioculturales

- Las sobrevivientes del cáncer, los promotores de la causa, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil pueden ser aliados útiles para identificar y abordar los problemas de acceso de las pacientes.
- La educación de las comunidades acerca de los factores de riesgo, la detección temprana y el tratamiento puede reducir el estigma, los mitos y los prejuicios acerca del cáncer de mama.
- Fortalecer la colaboración entre los establecimientos de salud y los asociados de la comunidad puede mejorar el acceso equitativo a la atención sin duplicar los servicios.

Mejorar el acceso al abordar las barreras personales

- Ampliar los conocimientos en materia de salud y crear conciencia sobre los factores de riesgo y la detección temprana puede mitigar el temor de solicitar atención para los problemas de la mama.
- Hacer que las sobrevivientes del cáncer participen en la atención de apoyo puede contribuir a superar las barreras psicosociales al tratamiento.

Mejorar el acceso al abordar las barreras financieras

- Contar con seguros de enfermedad, medicamentos subsidiados y apoyo para transporte y hospedaje durante el tratamiento puede reducir las barreras financieras.
- Brindar apoyo económico para transporte u hospedaje durante el tratamiento puede reducir estas barreras.

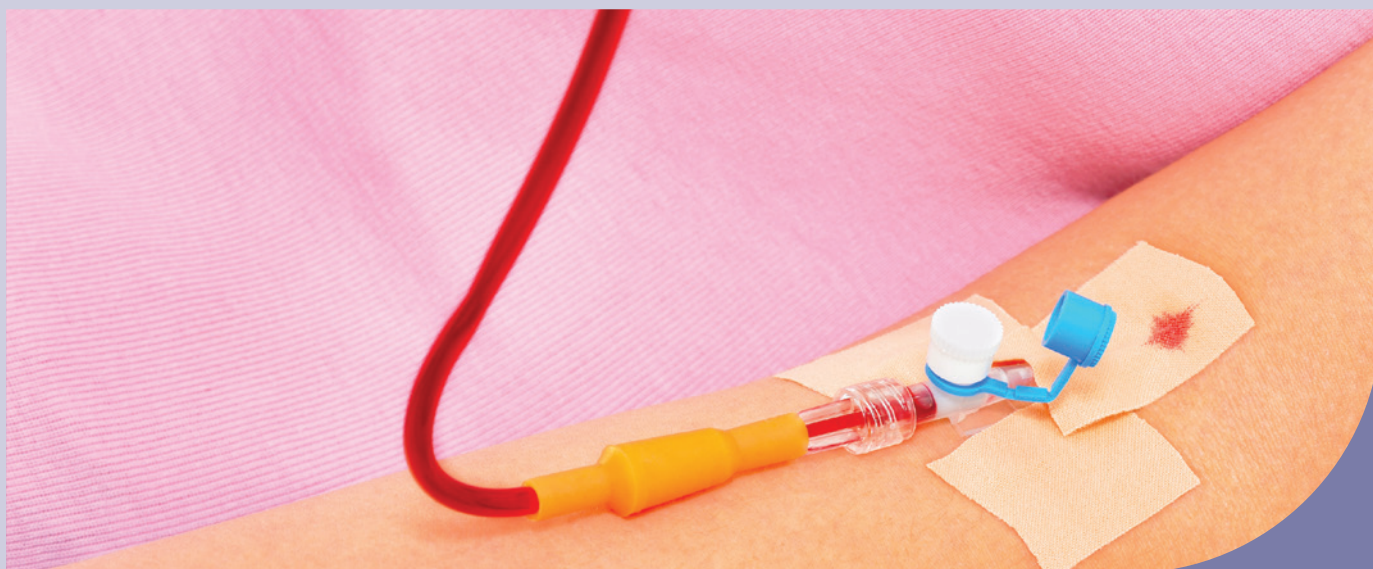
Seguir una vía estratificada según los recursos

- Los programas contra el cáncer de mama deben seguir una vía definida, estratificada según los recursos, para permitir el mejoramiento coordinado y gradual de los programas a todo lo largo del continuo de la atención.
- Una “vía” es una progresión gradual en términos de inversión de recursos, elaboración de programas y beneficios de salud escalonados.
- El diseño y las mejoras de los programas deben basarse en metas en cuanto a resultados, barreras identificadas, necesidades y recursos disponibles.



INTRODUCCIÓN: CONOCER EL RETO

A lo largo del continuo de atención del cáncer se erigen numerosas barreras para el acceso oportuno y equitativo a la atención de la salud de la mama, las cuales influyen negativamente sobre los resultados del cáncer. Para mejorar el acceso a la atención y reducir las disparidades en los resultados, es necesario identificar, comprender y abordar dichas barreras. Las barreras difieren según la localización y la población, pero en general pueden clasificarse como estructurales, socioculturales, personales y financieras. Crear conciencia y eliminar las barreras para acceder a los servicios de atención del cáncer puede mejorar los resultados de las pacientes, a condición de que se cuente con establecimientos para diagnóstico y tratamiento que sean apropiados, accesibles y aceptables.



PANORAMA DE LAS POLÍTICAS

Preplanificación

- Conocer las acciones que se han realizado para abordar el acceso a la atención.
- Determinar qué datos pueden arrojar luz sobre las barreras existentes.
- Decidir quién encabezará el proceso para identificar y abordar las barreras.

Paso 1 de la planificación: ¿dónde estamos? (Investigar y evaluar)

- Evaluar los servicios de salud de la mama (en términos de accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad).
- Analizar los posibles asociados de la comunidad (grupos de promoción de la causa, servicios de salud pública, consultorios para mujeres).
- Identificar las barreras (estructurales, socioculturales, personales y financieras) y los facilitadores para el acceso a los servicios de salud de la mama.

Paso 2 de la planificación: ¿a dónde queremos llegar? (Establecer objetivos y prioridades)

- Definir la población destinataria.
- Reconocer las deficiencias e introducir nuevas políticas y servicios que permitan reducir las barreras para la atención.
- Establecer objetivos que promuevan una meta común: mejorar el acceso a los servicios equitativos de atención del cáncer.
- Evaluar la factibilidad de las intervenciones.

Paso 3 de la planificación: ¿cómo llegamos allí? (Ejecutar y evaluar)

- Adoptar un enfoque de la atención para el cáncer de mama estratificado según los recursos, que considere los recursos disponibles y el acceso equitativo a la atención para todas las mujeres.
- Hacer participar a los interesados directos (promotores de la causa, pacientes, prestadores de servicios) de todas las disciplinas y sectores.
- Abordar las barreras: acrecentar las capacidades del sistema de salud, concientizar y reducir las barreras financieras mediante una vía estratificada según los recursos.
- Vigilar y evaluar la aplicación de los cambios en las políticas.

¿QUÉ SABEMOS?

Las disparidades en los resultados del cáncer de mama varían mucho entre los países de ingresos bajos y medianos y los países de ingresos altos, al igual que dentro los propios países. A pesar de las menores tasas de incidencia en los países de ingresos bajos y medianos, los cocientes de mortalidad respecto a incidencia son significativamente mayores que en los países de ingresos altos. Esto se debe en parte al diagnóstico en etapas tardías en los entornos de escasos recursos, donde más de 80% de las mujeres acuden con cáncer avanzado y en estadios tardíos, el cual requiere de atención para la enfermedad metastásica y cuidados paliativos en lugar de tratamiento curativo. En cambio, en los países de ingresos altos, más de 80% de las pacientes con cáncer de mama solicitan atención en la etapa inicial de la enfermedad y son potencialmente curables.

Las barreras para la utilización de los servicios de atención de la mama influyen negativamente sobre los resultados del cáncer mamario. La demora para solicitar atención por un problema de la mama puede atribuirse a barreras estructurales, socioculturales, personales y financieras. Entre las barreras estructurales están la ubicación geográfica de los servicios, las necesidades de transporte, los servicios de diagnóstico o de tratamiento limitados, la escasez de medicamentos esenciales y el personal insuficiente o mal capacitado. También incluyen servicios ineficientes o mal coordinados, que requieren múltiples consultas para iniciar un diagnóstico definitivo; redes de derivación deficientes; y navegación de pacientes inadecuada. Las mujeres que viven en zonas remotas o rurales tienen menos probabilidades de someterse a tamizaje y de tener acceso a la atención (incluida la atención de apoyo), y en cambio padecen más efectos psicosociales del diagnóstico y el tratamiento. Entre las barreras socioculturales están los mitos y los prejuicios o ideas erróneas acerca de las causas y el tratamiento del cáncer, el estigma, el idioma, la discriminación, la clase social, el género y las creencias religiosas. Las barreras personales incluyen la desconfianza hacia el sistema de salud, el temor a un diagnóstico de cáncer, la ignorancia sobre temas de salud y las obligaciones familiares y laborales. Entre las barreras financieras para obtener acceso a la atención destacan el tener que pagar los servicios con un desembolso directo y los costos indirectos como transporte, alojamiento, cuidado infantil e ingresos perdidos.

Reconocer qué tipo de barreras afectan a cierta población destinataria (a saber, estructurales, socioculturales, personales o financieras) puede ayudar a elegir la intervención idónea para mejorar el acceso a la atención. Por ejemplo, los programas para reducir las barreras estructurales deben hacer hincapié en enfoques multidisciplinarios, protocolos para derivación y métodos de control de calidad, que lleven registro del tiempo transcurrido entre la solicitud de atención por un problema de la mama y el diagnóstico, así como del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento. En condiciones ideales, los programas para reducir las barreras socioculturales y personales harían participar a los interesados directos de la comunidad y a sobrevivientes de cáncer de mama en las campañas de educación y los servicios de apoyo.

Capacidades de la fuerza laboral e integración de los servicios:

Los sistemas de salud a menudo se enfrentan con una escasez de proveedores de asistencia sanitaria, en especial los adiestrados para realizar tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Integrar programas para atención del cáncer de mama en los entornos de atención primaria de por sí saturados puede incrementar las barreras, a menos que se asignen los recursos humanos apropiados. Introducir programas nuevos o ampliar los existentes sin proporcionar recursos humanos adicionales puede llevar a episodios de 'desgaste profesional', debido a que los profesionales sanitarios tienen ante sí condiciones laborales más desafiantes, un mayor volumen de trabajo e infraestructura inadecuada para realizar sus tareas (véase el cuadro 1).

Tratamiento (medicamentos y otras opciones terapéuticas):

Crear conciencia sobre el cáncer de mama y mejorar el acceso a la detección sin abordar el tratamiento puede tener consecuencias negativas. El acceso a los medicamentos convencionales que se consideran esenciales para una atención óptima del cáncer de mama puede verse limitado por las políticas, los costos y los sistemas de distribución. Como mínimo, las pacientes deberían tener acceso a los medicamentos contenidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (por ejemplo, analgésicos y tamoxifeno). El acceso a los analgésicos es un tema de capital importancia, y sin embargo, a menudo se le menosprecia y no se considera como un tratamiento fundamental. La reglamentación de los costos y de la distribución equitativa de los medicamentos opiáceos es una prioridad de política sanitaria mundial; no obstante, muchas pacientes aún no tienen acceso a ellos. Ampliar el acceso a los medicamentos para el cáncer de mama más allá de los esenciales puede representar un desafío, y la investigación debería tener en cuenta las intervenciones terapéuticas pertinentes para la población de los países de ingresos bajos y medianos. También hay un déficit en la disponibilidad de establecimientos de radioterapia en dichos países. Según el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), para el 2008, solo 30% de los establecimientos de radioterapia del mundo estaban en los países en desarrollo, donde vive el 85% de la población mundial. Los equipos de radiación existentes a menudo son obsoletos o están fuera de servicio. El acceso limitado y la espera prolongada para la radioterapia pueden dar lugar a una atención subóptima del cáncer de mama y limitar las opciones terapéuticas eficaces.

Estigma, mitos y prejuicios: En las comunidades donde el cáncer está muy estigmatizado, pueden ser menos probable que las mujeres accedan a los servicios de salud de la mama. Cuando las mujeres se avergüenzan por el estigma en torno al cáncer, pueden guardar silencio o tratar de ocultar su padecimiento. El estigma se modela según las creencias e ideas locales, que a su vez pueden basarse en mitos y prejuicios acerca de cáncer. Las creencias e ideas sobre la atención de salud están determinadas por la cultura y la sociedad, e influyen en los comportamientos que llevan a solicitar atención para la salud y en la toma de decisiones. El fatalismo es la creencia de que la persona no tiene control alguno sobre las enfermedades, la vida o la muerte. La idea de que el cáncer de mama es inevitablemente mortal se refuerza si los casos de cáncer de mama dentro de una comunidad no se detectan ni se tratan en una fase inicial, cuando podrían ser curables o alcanzar una supervivencia a largo plazo. Las mujeres pueden optar por no recurrir a los servicios de detección o tamizaje o no continuar el seguimiento después de un tamizaje positivo si creen que el cáncer no es susceptible de tratamiento o, peor aún, que la detección precipita la muerte.

Vincular una enfermedad con ciertos acontecimientos, situaciones o experiencias de la vida es otra pauta cultural similar al fatalismo, que puede disuadir a las mujeres de solicitar evaluación y tratamiento médico. Otros prejuicios acerca del cáncer de mama (por ejemplo, que el cáncer es contagioso o que es una maldición de dios) y de su diagnóstico (por ejemplo, que para el diagnóstico es necesario extirpar la mama en lugar de tomar una biopsia pequeña) también pueden limitar la disposición de las mujeres a solicitar atención. Las sobrevivientes de cáncer de mama que estén dispuestas a hablar públicamente de su experiencia pueden desempeñar una función vital para reducir el estigma, disipar los nocivos mitos y prejuicios y modificar las creencias y percepciones.

Apoyo psicológico: Los problemas psicológicos relacionados con un diagnóstico de cáncer de mama y el consiguiente estigma incluyen depresión, ansiedad y angustia. Hay herramientas de evaluación clínica y protocolos para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. El tratamiento consiste en atención de apoyo (orientación) y, si son adecuados y se cuenta con ellos, medicamentos tales como antidepresivos y ansiolíticos. El estrés a largo plazo también puede acarrear efectos fisiológicos, como deterioro de la respuesta inmunitaria, fatiga e insomnio, que pueden influir en los resultados en materia de salud. Atender la salud mental de la paciente puede mejorar sus resultados físicos. El temor es una respuesta común ante un problema de salud inquietante o un padecimiento estigmatizado. El temor derivado del cáncer de mama puede relacionarse con los aspectos físicos de la enfermedad o el tratamiento (por ejemplo, temor al dolor y a las molestias de la biopsia o la operación quirúrgica, o temor a las náuseas, la pérdida del cabello u otros efectos tóxicos de la radiación o la quimioterapia), o bien con los aspectos psicosociales (por ejemplo, temor a un cambio en las funciones en el hogar o el trabajo, temor a la pérdida de la feminidad o a una imagen corporal distorsionada).

Dinámica familiar: El diagnóstico de cáncer de mama puede modificar las funciones familiares y generar tensión en la dinámica familiar. Una mujer puede no atender un problema de la mama si teme que su cónyuge la abandone. Si los miembros de la familia (esposo, hijos, otros parientes) reaccionan negativamente ante el diagnóstico de cáncer de mama, la mujer puede quedarse sin respaldo físico, psicológico, social y económico y requerir servicios de apoyo adicionales por parte de la comunidad o el sistema de salud. Por estas razones, muchas mujeres que autoidentifican un problema de la mama no buscan evaluación médica oportuna. El cambio en la imagen corporal también es una inquietud que manifiestan las mujeres al diagnosticarles cáncer de mama.

Dinámica entre prestador de servicios y pacientes:

Las actitudes hacia los prestadores de asistencia sanitaria, configuradas por las experiencias pasadas o las creencias socioculturales y religiosas, repercuten en la utilización del sistema de atención de salud. En algunos entornos, la falta de confianza en el sistema de atención de salud y la preferencia hacia los curanderos puede ser una barrera para solicitar atención en un sistema sanitario. Consultar primero a un curandero por cáncer de mama puede retrasar la detección temprana y reducir las posibles opciones de tratamiento curativo. La desconfianza en el sistema de salud puede expresarse como inquietud por casos de corrupción y fraude médico, falta de confianza en los proveedores de asistencia sanitaria —como grupo o en forma individual— y episodios conocidos o experiencias personales de atención deficiente o subóptima.

Algunos ejemplos de atención subóptima son: emplear dosis subóptimas de los tratamientos; aplicar medicamentos o intervenciones costosos e innecesarios; mostrar actitudes paternalistas entre proveedor y paciente; negar la información diagnóstica a las pacientes; no contar con personal femenino; y adoptar prácticas o formas de comunicación culturalmente insensibles.

Coordinación de la atención, redes de derivación y navegación de pacientes:

La atención del cáncer es compleja y puede durar meses o años, a lo largo de los cuales se requieren varias series de pruebas y ciclos de tratamiento y seguimiento. Transitar ese proceso puede ser desafiante para las pacientes y sus familias, en especial cuando fallan las redes de derivación, los servicios no se coordinan o las pacientes afrontan retrasos, no cuentan con información acerca de su tratamiento o deben viajar grandes distancias. Se conoce como “navegación” a la manera en que los pacientes, sus familias y sus cuidadores acceden a los servicios de salud disponibles y transitan por ellos. Los navegadores de pacientes son profesionales de la salud (enfermeras, médicos, asistentes sociales) o bien trabajadores de la comunidad o voluntarios capacitados (sobrevivientes de cáncer de mama, promotores de la causa) que apoyan a las pacientes para “navegar” por el sistema, al ayudarles a concertar citas y coordinar la atención. Algunos servicios más especializados de navegación de pacientes se encargan de obtener apoyo financiero, facilitar la comunicación entre los proveedores y supervisar que las pacientes sigan las recomendaciones terapéuticas. Los estudios de los países de ingresos altos señalan que contar con navegadores de pacientes mejora las tasas de detección del cáncer de mama, la calidad de vida y la satisfacción de las pacientes.

Costo de la atención: La imposibilidad de pagar la atención o el temor de que el costo de los servicios lleve a la ruina económica impide a muchas mujeres solicitar atención en todos los niveles de recursos. Es más probable que las mujeres soliciten atención si tienen un seguro de enfermedad o suficientes recursos económicos propios. Por el contrario, las tarifas para los usuarios (desembolsos personales directos para cubrir gastos en salud) limitan el acceso a los servicios. Según la OMS, los servicios de salud gubernamentales en la mayoría de los países de ingresos bajos dependen cada vez más de tarifas para los usuarios pagadas por las pacientes, que ascienden a casi el doble del gasto público en salud. La detección temprana y el tamizaje permiten tratar la enfermedad en su etapa inicial, lo que es más costoeficaz que el tratamiento para el cáncer en etapas tardías. Conforme hay cada vez más intervenciones de salud disponibles en los entornos de escasos recursos, el costo que asumen las pacientes y sus familias se vuelve mayor, lo que aumenta la probabilidad de gastos catastróficos y reduce aún más el acceso a la atención, al crear nuevas barreras financieras.

PASO 1 DE LA PLANIFICACIÓN:

¿DÓNDE ESTAMOS?

MEDIDAS DE POLÍTICA:

INVESTIGAR Y EVALUAR

Evaluar el acceso a los servicios de salud de la mama para todas las mujeres

- Examinar los datos sobre incidencia del cáncer de mama en el área de servicio destinataria (detección temprana, diagnóstico, tratamiento, establecimientos de cuidados paliativos).
- Investigar el grado de accesibilidad de los servicios para el cáncer de mama en términos de distribución geográfica y transporte.
- Determinar la disponibilidad de medicamentos esenciales, medicamentos avanzados y servicios básicos y de especialidad (quirúrgicos, de anatomía patológica, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos y atención de apoyo).
- Determinar la distribución y tipos de profesionales de la salud (de atención primaria, especialistas y personal de apoyo) y el grado de diversidad del personal (género, origen étnico, vinculación cultural con la comunidad de servicio).
- Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud en materia de atención del cáncer de mama, utilización de equipos multidisciplinarios y redes de derivación, así como sus aptitudes para una comunicación culturalmente sensible, fundamentales en el ámbito de la salud mamaria.

Evaluar las alianzas con la comunidad

- Analizar las colaboraciones existentes y potenciales con los grupos de sobrevivientes y de promoción de la causa. Los grupos de promoción de la causa (dedicados a crear conciencia sobre el cáncer de mama, brindar apoyo psicosocial o gestionar políticas) pueden tener diferentes funciones, según el entorno y los recursos disponibles.
- Analizar las colaboraciones existentes y potenciales para extensión asistencial con los servicios de salud de la mujer y el niño o los servicios de salud pública.

Identificar las barreras y los facilitadores para las pacientes

- Identificar las barreras estructurales (recursos humanos, servicios de diagnóstico y tratamiento, redes de derivación, medicamentos esenciales, ubicación geográfica, transporte, navegación de pacientes).
- Identificar las barreras socioculturales (estigma, religión, género, clase social).
- Identificar las barreras personales (temor, educación, experiencia, conocimientos en materia de salud, estado de salud, prioridades familiares y laborales, factores psicosociales, servicios de apoyo y asistencia domiciliaria).
- Identificar las barreras financieras (socioeconómicas, costos directos e indirectos, costo de oportunidad, cuidado de los hijos, ingresos perdidos).
- Determinar la situación socioeconómica de la población a la que se atiende y detectar las posibles poblaciones de alto riesgo, marginadas y desfavorecidas.

¿QUÉ FUNCIONA?

Recopilación y análisis de los datos: La información cuantitativa y cualitativa es indispensable para identificar las barreras para el acceso en una determinada población destinataria. Los datos fidedignos y los registros son un componente esencial de la atención del cáncer de mama. Los datos poblacionales puede ayudar a identificar las barreras, los cuellos de botella, el abandono del seguimiento y otras áreas donde pueden mejorarse los sistemas de salud. Según la OMS, debe recopilarse sistemáticamente la siguiente información: datos demográficos y socioeconómicos (entre ellos, información que pueda usarse como un identificador individualizado de cada paciente); documentos con valor jurídico, tales como consentimientos y autorizaciones; datos económicos relacionados con los pagos; y datos clínicos de las pacientes (diagnóstico y tratamientos). Deben consignarse los datos inherentes al cáncer de mama, como localización del tumor, estadio, fecha y tipo de tratamiento. Otra información valiosa son los indicadores económicos, el acceso a fondos para atención de la salud, los costos del transporte público y la ubicación de los establecimientos sanitarios. La investigación cualitativa mediante grupos de discusión y las entrevistas con informantes clave y representantes de la población destinataria pueden arrojar luz sobre las creencias, percepciones y experiencias que influyen en el acceso a la atención.

Toda esta información permite definir a las poblaciones de alto riesgo, determinar las prioridades de salud en pugna e identificar las barreras en la infraestructura de atención de la salud y los servicios de apoyo disponibles.

Ubicación, coordinación de los servicios y fortalecimiento de los puntos de contacto y las redes de derivación:

Las consideraciones respecto a ubicación y capacidades deben ser parte de las mejoras de todo programa contra el cáncer de mama. Cada establecimiento del sistema de salud puede intervenir para promover la atención del cáncer de mama, pero ello requiere coordinación, por ejemplo, designar ciertos establecimientos de salud que ofrezcan servicios especializados a las pacientes derivadas de otros establecimientos. Para decidir qué establecimiento de salud ofrecerá cuáles servicios, es necesario equilibrar las prioridades, como la cercanía a una población determinada en contraposición con las barreras de transporte. Entender dónde recibe una mujer la atención primaria puede orientar las asignaciones de recursos para los profesionales de la salud y sus pacientes. Los centros de salud, los hospitales de distrito y los consultorios de atención primaria suelen ser el punto de contacto primario para las mujeres con problemas de la mama. Si bien los centros especializados pueden mejorar los resultados (por ejemplo, los resultados de las operaciones de la mama pueden ser mejores en los hospitales con un volumen mayor; los laboratorios de anatomía patológica con altos volúmenes pueden arrojar resultados más fidedignos), no es práctico tratar a todas las pacientes en un establecimiento centralizado si una proporción importante de la población vive en zonas remotas.

La comunicación oportuna entre proveedores permite que las mujeres reciban una atención integrada y eficaz. Deben elaborarse protocolos estandarizados para la derivación entre el punto de contacto primario y los establecimientos que dan seguimiento al diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Acrecentar las capacidades locales y fortalecer las redes de derivación puede contribuir a un acceso oportuno y apropiado, tanto a la atención local como a la atención centralizada de especialidad. Por ejemplo, un establecimiento que cuente con menos recursos puede realizar las pruebas diagnósticas, iniciar el tratamiento quirúrgico y luego derivar a la paciente a un centro regional para quimioterapia. Esto requiere de redes de derivación en el sistema de salud y coordinación entre los establecimientos, a fin de reducir al mínimo la demora en los servicios, todo lo cual puede mejorar los resultados.

Inversión en las capacidades de los recursos humanos:

Al impulsar la concientización sobre el cáncer de mama y mejorar el acceso a los servicios de salud mamaria, es esencial planificar cómo el sistema de salud hará frente al incremento en el número de inquietudes respecto a la mama y en la detección de casos sospechosos. Se necesitan programas para abordar las capacidades de los recursos humanos para atención de la salud en todos los niveles de recursos. Las estrategias para ampliar las capacidades deben combinar políticas no monetarias y monetarias que puedan mejorar la retención y el desempeño del personal, tales como ofrecer educación médica continua, garantizar condiciones de trabajo y salarios dignos y promover una cultura de apoyo a los empleados. Un enfoque multisectorial y de sistemas integrados puede ayudar a cubrir los déficits existentes y previstos de recursos humanos. Un ejemplo de los enfoques integrados consiste en invertir en los trabajadores sanitarios de la comunidad dedicados a la salud materno-infantil y capacitarlos para la concientización sobre el cáncer de mama; otro sería adaptar los programas de cuidados paliativos instituidos para enfermedades transmisibles (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA) a fin de abarcar enfermedades no transmisibles, como el cáncer de mama.

Cuando se cuente con expertos, deben adoptarse una estrategia de equipos multidisciplinarios (o interdisciplinarios). Los programas multidisciplinarios de atención de la mama pueden derivar en mejores planes de tratamiento y reducir la duplicidad de la atención. En entornos de escasos recursos, un equipo multidisciplinario puede constar de apenas dos a cuatro miembros (cirujano, anatomopatólogo, enfermera y oncólogo clínico), pero contribuye a coordinar los servicios. En algunos países de ingresos bajos y medianos, se han adoptado con éxito los comités de tumores, los cuales pueden supervisar a las pacientes y estandarizar los procedimientos. Estas sinergias pueden reducir los costos globales de la atención integral del cáncer. Los sistemas de salud también pueden asociarse con instituciones académicas y otros interesados directos a fin de elaborar programas de adiestramiento para incrementar el número de profesionales de la salud capacitados en la salud de la mama (véase el cuadro 1).

Educación y extensión comunitaria: Las acciones para mejorar el acceso a la atención también deben considerar las barreras culturales, sociales y psicosociales que lo obstaculizan. La educación de las pacientes y la extensión comunitaria pueden mejorar la participación en los programas de detección temprana y reducir los prejuicios respecto al cáncer de mama y su tratamiento. Los programas educativos varían según la región o el país, y sus mensajes centrales deben abordar las barreras culturales y sociales de la población destinataria. Los profesionales de la salud pueden transmitir los mensajes estratégicos acerca de la salud de la mama durante sus encuentros con las pacientes. También pueden difundirse mediante campañas de concientización organizadas que incluyan a sobrevivientes de cáncer de mama, grupos de promoción de la causa, agentes sanitarios de la comunidad, voluntarios y profesionales de la salud locales. Las intervenciones para detección temprana pueden incluir recordatorios personalizados a las mujeres o campañas breves en los medios de comunicación.

Modelos de financiamiento y distribución de los costos:

Los planes nacionales de salud de los países de ingresos bajos y medianos deben considerar los factores políticos, sociales y culturales que influyen en los costos del sistema de salud al proponer modelos financieros y elegir poblaciones destinatarias para los programas contra el cáncer de mama. Debe haber comunicación y colaboración permanentes entre los sistemas de salud y otros interesados directos financieros, a fin de reducir los costos e incrementar el acceso a los tratamientos avanzados, como el trastuzumab o el letrozol. Una de las estrategias consiste en ajustar el costo de los medicamentos a la capacidad de pago de las pacientes (es decir, subsidiar los medicamentos). Los gobiernos, los sistemas de salud y otros interesados directos también pueden mejorar el acceso a los medicamentos mediante negociaciones con las empresas farmacéuticas en cuanto a precios, fabricación de medicamentos genéricos y programas de donación de medicamentos. Otros modelos de financiamiento, como los pagos condicionales en efectivo, el prepago o los planes de seguro, pueden reducir las barreras financieras, pero su alcance es limitado y conllevan el riesgo de corrupción y uso indebido. Limitar la cuantía de los desembolsos directos por las pacientes puede reducir los gastos catastróficos en salud que afrontan y alentar su participación. Como lo demostró la epidemia de VIH/SIDA, si no hay acceso a un tratamiento asequible, es poco probable que las personas se sometan al tamizaje.



PASO 2 DE LA PLANIFICACIÓN: ¿A DÓNDE QUEREMOS LLEGAR?

MEDIDAS DE POLÍTICA: ESTABLECER OBJETIVOS Y PRIORIDADES

Identificar las alianzas entre el sistema de salud y la comunidad

- Para que haya un acceso equitativo al diagnóstico y el tratamiento oportunos, es necesaria la colaboración entre las comunidades y el sistema de salud (a saber, local, centralizado, consultorios para mujeres, servicios de salud pública, sociedad civil, instituciones académicas).
- Líderes comunitarios, profesionales de la salud, especialistas en cáncer de mama, sobrevivientes, promotores de la causa, encargados de gestionar la atención de salud y responsables de formular las políticas deben contribuir a la planificación de los programas y hacer comentarios y sugerencias sobre las intervenciones.
- El objetivo de las alianzas con los interesados directos deben ser reducir al mínimo las barreras y el costo de la atención para las pacientes.

Establecer objetivos alcanzables

- Los objetivos deben promover una meta común: mejorar el acceso a una atención equitativa del cáncer.
- Considerar medidas de políticas públicas para reducir las barreras estructurales (reclutamiento y capacitación de profesionales de la salud o acceso a los medicamentos esenciales).
- Considerar medidas de políticas públicas para reducir las barreras socioculturales (educación y mensajes estratégicos para contrarrestar el estigma, los mitos y los prejuicios acerca de cáncer de mama).
- Considerar medidas de políticas públicas para reducir las barreras personales (evaluar las necesidades psicosociales y brindar atención de apoyo a las pacientes, posiblemente con la participación de redes de sobrevivientes).
- Considerar medidas de políticas públicas para reducir las barreras financieras (modificar la estructura de pago y reducir el riesgo de gastos en salud catastróficos).

Establecer las prioridades y determinar la factibilidad de las intervenciones

- Seguir una vía estratificada según los recursos, que tenga en cuenta cómo influyen la asignación de los recursos, el pago por los servicios y los temas socioculturales en la utilización de los servicios.
- Usar los métodos de medición y modelos económicos disponibles y pertinentes, entre ellos el análisis de costo-efectividad, para establecer las prioridades.
- Considerar la factibilidad y asequibilidad de las intervenciones a largo plazo.
- Los proyectos demostrativos pueden comprobar la factibilidad de un programa antes de ejecutarlo a nivel poblacional.

¿CÓMO LLEGAMOS ALLÍ?

Identificar y abordar las barreras para el acceso de las pacientes: Hacer participar a los interesados directos pertinentes (por ejemplo, proveedores de asistencia sanitaria, pacientes, sobrevivientes, promotores de la causa y cuidadores) en la identificación y evaluación de las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de detección temprana y tratamiento es el primer paso para reducir dichas barreras. Para reconocer las barreras y orientar la dirección de los programas, pueden emplearse métodos de investigación cualitativos, tales como observación, entrevistas y grupos de discusión con pacientes o sobrevivientes de cáncer de mama, informantes clave y otros interesados directos, además de encuestas y otras herramientas de evaluación (véase Planificación de programas integrales contra el cáncer de mama). Los proyectos demostrativos sirven para evaluar las repercusiones y la eficacia de las intervenciones tendientes a reducir las barreras. En los entornos de escasos recursos, donde no se conocen los parámetros de costo y eficacia de los programas contra el cáncer, concentrarse en una zona geográfica reducida que tenga una población de alto riesgo puede ser más costoeficaz y permite hacer ajustes antes de ampliar el programa o invertir más.

Promoción de la causa y extensión comunitaria: Pueden ser útil para los sistemas de salud asociarse con grupos locales de promoción de la causa y apoyarlos para poner de relieve la necesidad de un mejor acceso a la atención, así como para ocuparse de que los mensajes de concientización sobre el cáncer de mama sean uniformes, culturalmente apropiados y reflejen los servicios disponibles. Las sobrevivientes de cáncer de mama son promotoras valiosas, ya que representan la prueba viviente de que las mujeres pueden sobrevivir al cáncer de mama y llevar una vida productiva y de calidad. También pueden suministrar información importante sobre el sistema de salud desde la perspectiva de las pacientes, e ilustrar a los encargados de formular las políticas de salud acerca de temas locales, nacionales y mundiales del cáncer de mama. Los promotores de la causa locales pueden darle contexto cultural a los programas de concientización sobre el cáncer de mama y abordar los prejuicios de la comunidad respecto al cáncer de mama o su tratamiento. Los programas de extensión deben abarcar a mujeres y hombres y hacer participar a la comunidad. Por ejemplo, se ha demostrado que la extensión a los curanderos aumenta las derivaciones para atención del embarazo y de algunos padecimientos infecciosos en determinados entornos, y también podría ser útil en cuanto a la detección temprana del cáncer de mama.

Establecimiento de centros nacionales de cancerología: Los establecimientos de excelencia centralizados pueden actuar dentro de una red más amplia de atención de salud como polos de recursos que ofrezcan conocimientos multidisciplinarios sobre atención clínica, directrices para el tratamiento, prioridades de investigación, políticas públicas, promoción de la causa y capacitación. Sin embargo, para que un establecimiento de excelencia centralizado tenga éxito, a menudo es necesario mejorar los procesos de derivación existentes y abordar el acceso de las pacientes a los servicios centralizados. La inversión en los centros integrales de atención debe equilibrarse con las limitaciones geográficas en el acceso de las pacientes a la atención y con la necesidad de impulsar la capacidad de los hospitales del distrito, provinciales y generales, que sirven de punto primario de contacto para la mayoría de los pacientes con cáncer.

Navegación de pacientes e información para las pacientes: Los estudios en países de ingresos bajos y medianos indican que la navegación de pacientes puede reducir el número de encuentros para atención de salud y eliminar pasos innecesarios para recibir la atención apropiada. Las ayudas para la toma de decisiones (“ayudas de decisión”) centradas en la paciente son otra herramienta que pueden usar los navegadores de pacientes para que una mujer comprenda mejor su salud, las implicaciones de un diagnóstico del cáncer de mama y su plan de tratamiento.

Dichas ayudas pueden compartirse en llamadas telefónicas, mensajes de texto, videos educativos, correos electrónicos o reuniones personales. Las ayudas de decisión les permiten a las mujeres asumir un papel más activo en la toma de decisiones. Se ha demostrado que usar ayudas para la toma de decisiones en temas de salud durante las consultas de diagnóstico y tratamiento mejora los conocimientos de las pacientes con respecto al proceso de diagnóstico y a las opciones de tratamiento (por ejemplo, ante la disyuntiva entre las operaciones que conservan la mama y la mastectomía). Los resúmenes del tratamiento que las pacientes pueden compartir con los miembros del equipo que las atiende permiten evitar la duplicación de las pruebas y la información incorrecta acerca del padecimiento, el tratamiento y las preferencias de la paciente.

Aplicación de modelos económicos y medición de los procesos:

Los modelos económicos y los métodos de medición son herramientas importantes de política pública, que sirven para identificar las estrategias tendientes a reducir las barreras financieras para el acceso a la atención, evaluar el desempeño programático y asegurar la sostenibilidad de los programas contra el cáncer de mama. Los análisis de costo-efectividad pueden evaluar el beneficio relativo de un determinado programa o intervención de salud. Por ejemplo, los estudios revelan que tratar el cáncer de mama en los estadios iniciales con cirugía y radioterapia es más eficaz en función de los costos que la quimioterapia sistémica para el cáncer metastásico. Los análisis de costo-efectividad pueden suministrar información útil, pero tienen limitaciones; a menudo evalúan las intervenciones como programas verticales y no detectan fácilmente las ventajas de los servicios integrados. La aplicación de modelos económicos también podría predecir cuánto de los costos sanitarios se transfiere a las pacientes y cuánto al sistema de salud, considerando que una de las principales barreras para la atención es que el costo de las intervenciones se transfiera directamente al paciente. Los métodos de medición de los procesos pueden usarse a nivel local para evaluar las mejoras a lo largo de una vía estratificada según los recursos (véase el cuadro 3). Tales métodos pueden diseñarse de modo que se reduzca al mínimo su propio costo para los programas, al tiempo que contribuyen a las acciones generales para garantizar la calidad. Cuando sea posible, los métodos de medición pueden integrarse en la Red de Sanimetría de la OMS (véanse las herramientas 2014 de la Red de Sanimetría de la OMS).

Vías estratificadas según los recursos: El acceso a la atención es un principio fundamental del enfoque basado en las vías estratificadas según los recursos. Dicho enfoque de los programas contra el cáncer de mama es una progresión gradual en términos de inversión de recursos, elaboración de programas y beneficios de salud escalonados. Debe tener en cuenta cómo repercuten la asignación de los recursos (si es localizada o centralizada), el pago por los servicios (si los cubre un seguro de enfermedad o es por desembolso directo) y los temas socioculturales en la utilización de los servicios. Las asignaciones de recursos deben tener en cuenta no solo el tipo de servicios o los recursos necesarios para un programa (laboratorio de anatomía patológica, equipo de radiación, destreza quirúrgica, medicamentos para quimioterapia), sino también la ubicación de los servicios (barreras debidas al transporte y el alojamiento), las capacidades de los profesionales de la salud (pericia en la atención del cáncer de mama y habilidades para una comunicación culturalmente sensible) y las limitaciones para el acceso de las pacientes, incluidas las barreras socioculturales. La progresión a lo largo de una vía estratificada según los recursos será diferente para cada región o país, y debe considerar a la vez las ventajas de los servicios centralizados y las posibles barreras para un acceso equitativo que derivan de la centralización. Las estrategias de inversión deben encaminarse a mejorar el acceso de todas las mujeres a los servicios para el cáncer de mama. Puede ser apropiada una introducción escalonada de los programas que abordan el tamizaje, el diagnóstico, los estudios anatomopatológicos y el tratamiento (véanse los cuadros 1 y 2).



PASO 3 DE LA PLANIFICACIÓN: ¿CÓMO LLEGAMOS ALLÍ?

MEDIDAS DE POLÍTICA: EJECUTAR Y EVALUAR

Establecer el apoyo político y financiero

- Obtener los recursos políticos y financieros necesarios para las intervenciones en materia de políticas públicas.
- Considerar otros posibles modelos de financiamiento, como los pagos condicionales en efectivo, el prepago o los planes de seguro, para reducir las barreras financieras.
- Incorporar los modelos económicos y la medición de procesos relativos al acceso a la atención en la elaboración y ampliación de los programas (véase el cuadro 3).

Lanzar, difundir y ejecutar

- Establecer alianzas con los interesados directos nacionales y locales, las sobrevivientes y los promotores de la causa para coordinar la difusión de los cambios en las políticas y la ejecución de los planes y programas (metas, objetivos y mejores prácticas).
- Equilibrar la ejecución nacional y centralizada de los programas y su ampliación con los recursos, para garantizar un acceso equitativo a los servicios.

Vigilar y evaluar

- Establecer métodos para evaluar los procesos y para medir la calidad y los resultados.
- Recopilar y analizar datos que permitan evaluar la repercusión de las intervenciones en materia de políticas públicas e identificar otras barreras, cuellos de botella y abandonos del seguimiento.

CONCLUSIONES

Mejorar el acceso y la utilización de los programas de atención de la mama puede repercutir en la incidencia y la supervivencia del cáncer de mama. Un primer paso esencial para mejorar el acceso consiste en identificar las barreras estructurales, socioculturales, personales y financieras existentes. Las estrategias para mejorar el acceso equitativo a la atención del cáncer de mama deben adaptarse a las necesidades de cada comunidad destinataria. Las sobrevivientes del cáncer, los promotores de la causa y los proveedores de asistencia sanitaria deben intervenir para identificar y abordar dichas barreras. Los programas deben considerar la disponibilidad local de recursos, los rasgos socioculturales de la comunidad y las variables económicas. Los profesionales sanitarios pueden ser partidarios y promotores de la salud mamaria al participar en actividades de educación médica continua, brindar a las pacientes orientación relativa al tema y colaborar en los proyectos de mejoramiento de los sistemas de salud.

Cuadro 1. Programas de atención de cáncer de mama: asignación de recursos humanos

Nivel de recursos	Educación de las pacientes y sus familias	Aumento de capacidades de los recursos humanos	Navegación de pacientes
Básico	Educación general con respecto a prevención primaria del cáncer, detección temprana y autoexploración	Educación de los proveedores de atención primaria (detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama) Educación de las enfermeras (atención y apoyo emocional para las pacientes con cáncer) Adiestramiento de técnicos en anatomía patológica (manejo de tejidos y preparación de muestras) Capacitación de los agentes comunitarios	La enfermera de campo, la partera o el proveedor de asistencia sanitaria deriva a las pacientes pertinentes a un establecimiento central para diagnóstico y tratamiento
Limitado	Orientación en grupos o individual que incluya a la familia y a otras personas que brinden apoyo	Educación de las enfermeras (diagnóstico del cáncer de mama, tratamiento y atención de las pacientes) Educación de los técnicos en imagenología (técnicas de obtención de imágenes y control de calidad) Equipo de reclutamiento de voluntarias para apoyar la atención	Un navegador de pacientes del establecimiento (enfermera u otro miembro del personal) facilita la clasificación y filtrado de las pacientes a lo largo de los procesos de diagnóstico y tratamiento
Amplio	Educación sobre supervivencia Educación sobre linfedema Educación sobre asistencia domiciliaria	Organización de una red nacional de voluntarias Capacitación especializada en enfermería oncológica Enfermería para asistencia domiciliaria Fisioterapeutas y terapeutas para el linfedema Citopatólogos en cada establecimiento	Un equipo de navegación de pacientes de cada disciplina apoya la "entrega-recepción" de las pacientes durante la transición crucial de un especialista a otro, para cerciorarse de que se siga el tratamiento completo
Máximo		Organización de grupos de salud de la mama nacionales médicos	

Adaptado de Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*. 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2221-43.

Cuadro 2. Programas de atención de cáncer de mama: asignación de recursos para los sistemas de apoyo

Nivel de recursos	Servicios	Registros de información	Establecimientos para atención del cáncer	Centros de salud
Básico	Servicios de diagnóstico y de anatomía patológica Servicios de enfermería Servicios de oncología Servicios de cuidados paliativos Servicios psicosociales Servicios de atención primaria Servicios quirúrgicos	Expedientes médicos individuales y registros de pacientes a nivel de los servicios	Establecimiento de salud Establecimiento operativo Establecimiento para atención de pacientes ambulatorias Farmacia Cuidados paliativos a domicilio Laboratorio de anatomía patológica externo	Acceso a la atención de salud de la mama integrado en la infraestructura existente de atención de la salud
Limitado	Servicios de imaginología Servicios de apoyo por otras pacientes Servicios de radiooncología	Expedientes médicos por establecimiento y registro de pacientes centralizado Registro de cáncer a nivel de hospitales	Sistemas de información clínica Red del sistema de salud Establecimiento de imaginología Radioterapia	“Centro de la mama” con médico, personal de apoyo y acceso a imaginología de la mama Prótesis de mama para las pacientes con mastectomía
Amplio	Seguimiento del cáncer Grupos de apoyo Programas de tamizaje Servicios de rehabilitación Servicios para sobrevivientes	Salas para educación y extensión Seguimiento en el establecimiento Registro de cáncer regional	Establecimiento(s) de derivación para pacientes con cáncer Radioterapia: acelerador lineal de baja energía, electrones, braquiterapia, sistema de planificación de tratamientos	Programas multidisciplinarios de atención de la mama Enfermeras oncológicas especializadas Asistentes médicos
Máximo	Acceso universal a tamizaje Atención psicosocial individual	Registro nacional de cáncer representativo	Centros oncológicos vía satélite (no centralizados ni regionales)	

Adaptado de Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*. 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2221-43.

Cuadro 3. Métodos de medición de procesos para los programas de atención de salud de la mama en países de ingresos bajos y medianos

Nivel de recursos	Detección temprana	Diagnóstico	Tratamiento	Programático
Básico	Núm. de pacientes con interrogatorio y exploración positivos/núm. de pacientes evaluadas Descripción: Cociente entre el número de pacientes que tienen un interrogatorio y exploración física registrados dentro del grupo destinatario y el número de pacientes evaluadas clínicamente dentro del grupo destinatario por un centro o programa que proporciona atención de salud de la mama organizada.	Núm. de pacientes con diagnóstico tisular/ núm. de pacientes con un tumor sospechoso Descripción: Cociente entre el número de pacientes que reciben un diagnóstico tisular (benigno o maligno) y el número de pacientes que tenían una "bolita" o tumor sospechoso (descubrimiento en la exploración clínica de la mama que el examinador clínico considera anormal y que amerita una evaluación adicional).	Núm. de pacientes tratadas por cáncer/ núm. de pacientes con diagnóstico tisular de cáncer Descripción: cociente entre el número de pacientes que reciben alguna forma de tratamiento oncológico (intervención quirúrgica aparte de la biopsia, radioterapia o tratamiento sistémico) y el número de pacientes que recibieron un diagnóstico tisular de cáncer.	Mediana de tamaño del tumor según la anatomía patológica Descripción: Mediana del tamaño, determinado en los estudios de anatomía patológica, de los tumores primarios invasores de la mama dentro del grupo destinatario para por un centro o programa que proporciona atención de salud de la mama.
Limitado	Porcentaje de pacientes con anomalías detectadas en la exploración clínica de la mama que se someten a estudios de imagenología para fines diagnósticos	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer demostrado por biopsia en quienes se documenta el estadio TNM	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer que inician el tratamiento en los 120 días siguientes al diagnóstico tisular	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer que se encuentran en estadios I o II de TNM al momento del diagnóstico inicial
Amplio	Porcentaje de pacientes de 50 a 69 años que se sometieron a mamografía de tamizaje en los últimos 24 meses	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer demostrado por biopsia en quienes se documenta el estado de HER-2/neu	Porcentaje de pacientes tratadas mediante tumorectomía que comienzan la radioterapia en los 120 días siguientes al último procedimiento quirúrgico	Porcentaje de pacientes con cáncer en estadios I o II de TNM que a los 5 años no tienen indicios de recurrencia de la enfermedad
Máximo	Los métodos de medición de procesos de la categoría máxima se determinan según las normas de atención de los países de ingresos altos	Los métodos de medición de procesos de la categoría máxima se determinan según las normas de atención de los países de ingresos altos	Los métodos de medición de procesos de la categoría máxima se determinan según las normas de atención de los países de ingresos altos	Los métodos de medición de procesos de la categoría máxima se determinan según las normas de atención de los países de ingresos altos

Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*. 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2221-43.

El Centro de Salud Global del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos proporcionó fondos y información técnica para este resumen de conocimientos.