

ESTUDIO DE LAS BARRERAS DE ACCESO Y SU IMPACTO SOBRE LA DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL CÁNCER DE MAMA

Experiencia en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital J. A. Fernández

**Rosana Buffa,^a Guillermo Agejas,^a Luciana Ain,^b Sabrina Barchuk,^a Ignacio Conde,^a
Marcela Yoshida,^a María Viniegra,^c Daniel Allemand,^d Aníbal Núñez De Pierro^e**

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama representa una problemática mundial y un desafío para el sistema de salud. Los esfuerzos para lograr su control, deben centrarse en la detección precoz y la implementación de tratamientos oportunos. Por este motivo, detectar, para reducir eficazmente las barreras de acceso y minimizar las demoras, se convierte en un imperativo.

Objetivo

Analizar el impacto de las principales barreras de acceso a la atención sobre la demora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama de las mujeres asistidas en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Fernández en el año 2011.

Material y método

Diseño exploratorio-descriptivo de metodología mixta: cuantitativa y cualitativa. Se aplicó una encuesta para la recolección de datos a las pacientes del servicio del período temporal definido y entrevistas en profundidad a informantes clave. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Las demoras más importantes se registraron en el tiempo a la consulta y el tiempo de derivación hacia nuestro servicio. La demora dentro de la institución al tratamiento primario, revela como causa principal la falta de turnos quirúrgicos. La atención en un centro especializado disminuye la demora al tratamiento primario.

Conclusiones

La presentación tardía del cáncer de mama sintomático se asocia con una menor sobrevida, por lo tanto es importante comprender y/o dilucidar los factores que influyen en esta demora para el desarrollo de estrategias que permitan reducirla.

a Servicio de Patología Mamaria, Hospital J. A. Fernández.

b Coordinadora de Investigación del INC (Instituto Nacional del Cáncer).

c Coordinadora Técnica del INC (Instituto Nacional del Cáncer).

d Servicio de Ginecología, Jefe de Unidad, Hospital J. A. Fernández.

e Servicio de Ginecología, Jefe de División, Hospital J. A. Fernández.

Correo electrónico para la Dra. Rosana Buffa: robuffa@inc.gov.ar

Palabras clave

Barreras de acceso. Cáncer de mama. Accesibilidad. Servicios de salud. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento. Oportuno. Demora.

SUMMARY**Introduction**

Breast cancer is a global problem and a challenge for the health system. Efforts should focus on early detection and timely treatment. For this reason, the identification of barriers to minimize access delays becomes imperative.

Objective

To analyze the impact of the main barriers to care that produce delay in diagnosis and treatment of breast cancer in women attending the Breast Unit at Hospital Fernández's in 2011.

Material and methods

Design was descriptive-exploratory mixed methodology: quantitative and qualitative. A survey to collect data in a defined time period was conducted in breast cancer patients, and in-depth interviews with key informants were performed. Quantitative data were analyzed with SPSS.

Results

The most significant delays were reported at time to consultation and time of referral to our service. Lack of surgical shifts was the main cause for delay at the primary institution. Attendance to a specialized center decreased the delay to the primary treatment.

Conclusions

The late referral of symptomatic breast cancer is associated with decreased survival, so it is important to understand and/or elucidate the factors that influence this delay in the development of strategies to reduce breast cancer mortality.

Key words

Barriers. Breast cancer. Accessibility. Medical care. Symptomatic breast cancer. Diagnosis. Treatment. Timely. Delay.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama representa una problemática mundial y un desafío clave para el sistema de salud, es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y más de la mitad de los decesos ocurren en países de bajos o medianos ingresos (Andersson & Chu 2007),¹ registrándose tasas más altas de letalidad,² ya que un alto porcentaje de casos se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad.³

Por ende, detectar para reducir eficazmente las barreras de acceso a un diagnóstico tempra-

no y tratamiento oportuno se convierte en un imperativo.¹

Generalmente se da por supuesto que el diagnóstico tardío se debe a la falta de información de la población y a una deficiente cobertura de los programas de tamizado y control; sin embargo, hay muy pocos estudios de investigación sobre las causas de retraso en la atención médica para el cáncer de mama en los países subdesarrollados.

El acceso a los servicios de salud puede ser entendido como la posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita. La medición del acceso es difícil y en general los estudios lo evalúan mediante la opinión directa de los in-

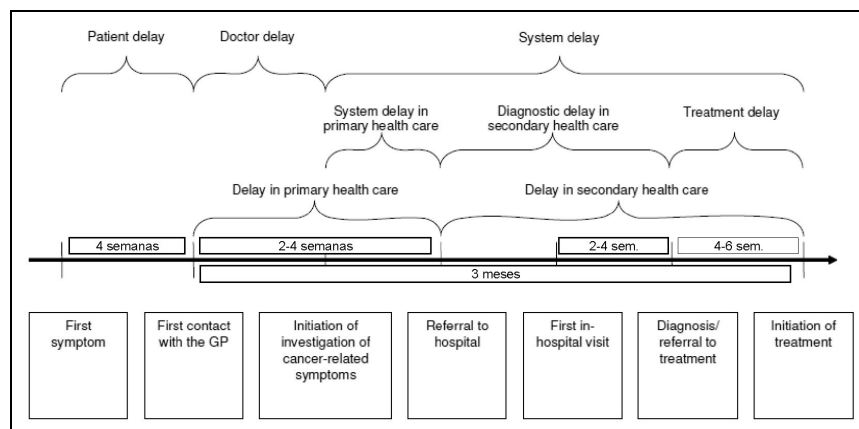


Figura 1. Categorización de la demora.

Tomado y adaptado de Hansen R, et al. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study.¹¹

dividuos para determinar si pudieron obtener atención médica cuando ellos percibieron que era necesario.^{4,5}

Para ciertas enfermedades, como el cáncer, el acceso a una atención de calidad puede tener un impacto sustancial en el resultado, lo que lo convierte en un caso de estudio importante de acceso a la atención.

Las barreras de acceso han sido agrupadas en varias categorías de acuerdo con las perspectivas teóricas de diferentes autores, pero generalmente existe consenso sobre su clasificación en: geográficas, culturales, económicas, funcionales y de información.⁶⁻⁸ También se las han clasificado según de dónde surgen:^{9,10} de la población; del sistema sanitario y sus profesionales; y de la interrelación de ambos.

Se definirá a continuación, basados en normas nacionales, internacionales y experiencia de nuestra unidad especializada en patología mamaria, qué tipo de demora y qué punto de corte en tiempo se determinó (Figura 1).¹¹ No son muchos los estudios disponibles con evidencia sustentable que evalúen este indicador, pero la mayoría considera dos componentes dentro de la demora: la "demora de la paciente" y la "demora del sistema". La falta de una medida vali-

dada para definir "demora" y principalmente la que respecta a la paciente, dificulta investigar las causas de la misma para poder establecer su peso relativo en la demora total y su efecto sobre la morbilidad o mortalidad.

Demora de la paciente: tiempo transcurrido entre la percepción de síntomas y la primera consulta. Tiempo estipulado ≥ 1 mes.

Demora del sistema: tiempo transcurrido desde el primer signo o síntoma de cáncer de mama detectado en la primera consulta y el comienzo del tratamiento. Tiempo estipulado ≥ 3 meses,¹¹⁻¹³ ya que la evidencia avala que una demora mayor se asocia con disminución en la sobrevida.¹⁴⁻¹⁸

Este tiempo puede ser subdividido en:

- Demora en derivación. Tiempo transcurrido desde la primera consulta con médico no especialista y primera consulta con especialista referencial. Tiempo estipulado: 2-4 semanas.^{11,16-19}
- Demora al diagnóstico. Tiempo entre primera consulta y diagnóstico de cáncer. Tiempo estipulado: 2-4 semanas. Teniendo en cuenta que la demora aceptable al resultado de los estudios de imaginología y al resultado histopatológico es entre 7-14 días.^{11,19-23}

- Demora al tratamiento. Tiempo entre diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento. Tiempo estipulado: 4-6 semanas.^{11,19,23-29}

OBJETIVO

Analizar el papel que desempeñan las principales barreras de acceso a la atención sanitaria sobre la demora en el diagnóstico y tratamiento primario del cáncer de mama de las mujeres atendidas en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Fernández de la CABA, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño exploratorio-descriptivo de metodología mixta cuantitativa y cualitativa, tanto para la producción como para el procesamiento y análisis de los datos. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta a las pacientes del Servicio en el período temporal definido y entrevistas en profundidad a informantes clave (personal del servicio y pacientes con las que se profundizaron algunos ítems de la encuesta aplicada), para lograr un acercamiento más exhaustivo al objeto de estudio. Como fuente secundaria se utilizó la información registrada en las historias clínicas de las pacientes encuestadas. El procesamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Dentro del conjunto de barreras de acceso al sistema sanitario, se decidió centrar el análisis sobre aquellas que se considera que podrían ejercer un papel más determinante en la demora al diagnóstico y tratamiento primario del cáncer de mama en las pacientes que acuden al Hospital Fernández, a saber:

- a) Barreras socio-económicas. Aluden a las condiciones y características sociales, culturales y económicas en las que las pacientes desarrollan su vida cotidiana.

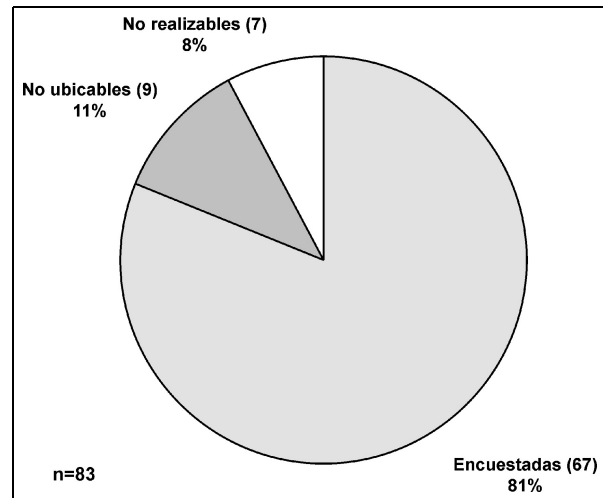


Figura 2. Universo de estudio.

- b) Barreras geográficas. Aluden a las distancias que tienen que recorrer las pacientes para acceder a la atención sanitaria en todos los niveles por los que hayan circulado.
- c) Barreras derivadas de la ineficiencia del sistema sanitario. Aluden al tiempo transcurrido en el circuito sanitario, en todos los niveles de atención, hasta llegar al diagnóstico y tratamiento primario del cáncer de mama.

Para hacer asequible el problema de estudio, se desagregaron las barreras mencionadas en dominios o dimensiones pasibles de medición.

Las dimensiones de las variables son:

- 1) Condiciones socio-económicas: a) dimensión socio-cultural; b) dimensión económica.
- 2) Condiciones geográficas: a) distancia al Hospital Fernández; b) distancia a CAPs/CeSAC más cercana al domicilio.
- 3) Ineficiencia del sistema: a) tiempo y trayectoria transcurridos entre la primera consulta médica y el ingreso al Servicio de Patología Mamaria; b) cantidad de consultas médicas previas al diagnóstico; c) demora en el diagnóstico y tratamiento.

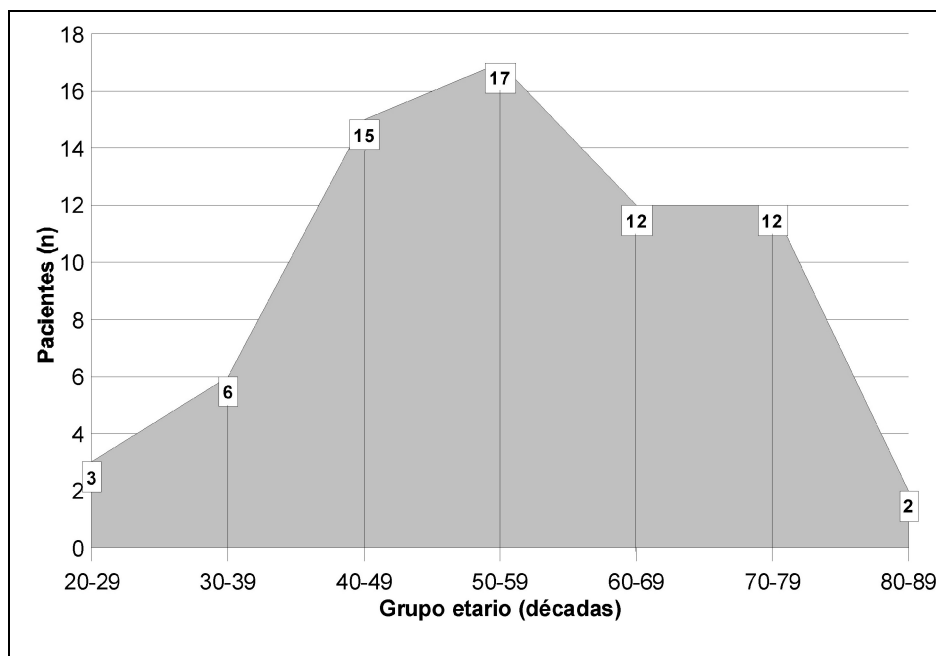


Figura 3. Distribución por grupo etario.

RESULTADOS

En el año 2011 en nuestro servicio se registraron 101 pacientes nuevas codificadas como portadoras de patología mamaria maligna, 93 pacientes fueron diagnosticadas como carcinomas de mama, 2 pacientes como linfomas de la mama y 6 pacientes concurren al centro para seguimiento, operadas en otros centros en años anteriores. De las 93 pacientes codificadas como cáncer de mama, 6 pacientes realizaron el tratamiento en otro centro luego de haberlas diagnosticado en el hospital y 4 pacientes fallecieron. De este modo, el nuevo universo de estudio quedó conformado por 83 pacientes.

Los criterios de inclusión para la selección de pacientes fueron:

- 1) Pacientes vivas que se diagnostican en el año 2011 (1 enero al 31 diciembre).
- 2) Que completaron el tratamiento en nuestro servicio.
- 3) Que quisieran responder la encuesta con conformidad.

- 4) Que no tuvieran comorbilidades que afectaran la comprensión, interpretación y/o expresión para completar la encuesta.

Del universo inicial de 83 pacientes, la muestra definitiva (mujeres encuestadas) quedó conformada por una población de 67 pacientes (Figura 2) que respondieron a la encuesta en forma personal o telefónica (49% vs. 51%, respectivamente), según disponibilidad y oportunidad. La cohorte de pacientes con entrevista telefónica *versus* personal fue homogénea, a excepción del diagnóstico por tamizado, que está representado en mayor proporción en la cohorte telefónica. De las 16 pacientes no encuestadas, la categoría "no realizables" refiere a aquellas pacientes que por diversos motivos no quisieron contestar el cuestionario, a diferencia de las "no ubicadas" que hace referencia a aquellas que no pudieron contactarse.

En el análisis de los datos sobre la población estudiada se evaluó, para cada dimensión de interés investigada, su influencia sobre la adhe-

	<65 años (n=48)	>65 años (n=19)
Tamizado (Mx) *		
Sí	30	11
No	9	8
Estadio		
E ≤IIA	35	16
E IIB-IV	13	3
Demora consulta **		
Sí	24	6
No	14	7
* Se excluye la población "No corresponde por edad y/o FR".		
** Sólo se incluyen las pacientes sintomáticas.		

Tabla I. Influencia de la edad sobre indicadores de predicción de demora.

rencia al tamizado mamográfico, la estimación por estadio tumoral al diagnóstico y la demora a la consulta.

Análisis de factores socio-culturales

En el estudio realizado, la edad promedio de las mujeres es de 55 años (27 a 88) con una mediana de 56 años. La Figura 3 muestra la distribución de frecuencia por décadas. El grupo de edad más afectado fue la quinta década de la vida con 17 casos, el 36% de las pacientes eran menores de 50 años.

La Tabla I refleja la influencia de la edad en la muestra estudiada. Sin diferencias estadísticamente significativas, para pacientes mayores de 65 años el porcentaje de adherencia al tamizado mamográfico previo al diagnóstico, es menor (58% vs. 77%). Sin embargo, la demora en la consulta para la misma cohorte es menor (46% vs. 63%) y mayor la proporción de estadios iniciales al diagnóstico (84% vs. 73%).

El 39% de las pacientes son premenopáusicas. La historia obstétrica reflejó un 19% de nuliparidad, la edad promedio al diagnóstico para nulíparas fue de 52 años (28-73) y para no nulíparas de 56 años (27-88), con una prevalencia de primiparidad tardía del 15%. [Pri-

	Con antecedentes (n=23)	Sin antecedentes (n=44)
Tamizado (Mx) *		
Sí	14	27
No	3	14
Estadio		
E ≤IIA	18	33
E IIB-IV	5	11
Demora consulta **		
Sí	10	20
No	5	16
* Se excluye la población "No corresponde por edad y/o FR".		
** Sólo se incluyen las pacientes sintomáticas.		

Tabla II. Influencia de los antecedentes familiares sobre indicadores de predicción de demora.

miparidad tardía (>30 años) o nuliparidad RR: 1,2-1,7].^{30,31} La mediana para el número de hijos fue 2 (rango 1 a 10). La mayoría de las pacientes tiene antecedente de lactancia positiva (96%), aunque no se relevó la duración de la misma. El 34% de las pacientes refería tener un antecedente familiar de riesgo para cáncer de mama.

La Tabla II refleja la influencia de los antecedentes familiares en la muestra. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, pero el porcentaje de adherencia al tamizado previo al diagnóstico es mayor para las pacientes con antecedentes familiares (82% vs. 66%), llamando la atención la mayor demora en la consulta para la misma cohorte de pacientes (67% vs. 55%).

Respecto del estado civil, el 34% de las pacientes se encuentra en pareja (casada o unida) y el 66% sola (solteras, separadas/divorciadas y viudas).

La Tabla III refleja la influencia del estado civil de la muestra. Sin diferencias estadísticamente significativas, se constata por porcentaje mayor adherencia al tamizado mamográfico previo al diagnóstico para mujeres casadas/unidas (79% vs. 66%) y mayor porcentaje de estadios

	En pareja (n=23)	Solas (n=44)
Tamizado (Mx) *		
Sí	15	26
No	4	13
Estadio		
E ≤IIA	19	32
E IIB-IV	4	12
Demora consulta **		
Sí	12	18
No	4	17
* Se excluye la población "No corresponde por edad y/o FR".		
** Sólo se incluyen las pacientes sintomáticas.		

Tabla III. Influencia del estado civil sobre indicadores de predicción de demora.

iniciales (83% vs. 73%), con mayor demora en la consulta para la misma cohorte de mujeres (75% vs. 51%).

En cuanto al nivel de instrucción, el 15% tiene educación incipiente o nula. [Población que nunca asistió a un establecimiento educativo o que no superó el tercer grado de escuela primaria. INDEC. Sistema de Estadísticas Socio-demográficas. Área Educación].

Con relación a las condiciones de habitabilidad, sólo el 7% de las pacientes viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). El promedio y la mediana de convivientes son

de 2 personas (rango 1 a 8). El 22% de las pacientes refirió vivir sola.

Respecto del nivel socio-económico se tomó como variable de corte una adaptación de la línea de pobreza (LP), registrándose sólo un 10% de las pacientes por debajo de la misma. [LP: CBT (Canasta Básica Total) x número de integrantes del hogar. En el presente estudio se tomó el valor de CBT \$430 correspondiente al mes julio del año 2011 y se lo multiplicó por el equivalente correspondiente a adulto (x1), ya que no se contaba con la edad de los convivientes en la información recolectada, por ende el cálculo es aproximado].

La Tabla IV refleja la influencia, no estadísticamente significativa, de los factores socio-económicos en la muestra. Teniendo en cuenta lo pequeño del tamaño de la muestra, se constata por porcentaje menor adherencia al tamizado (40% vs. 74%) y estadios más avanzados al diagnóstico (43% vs. 22%) en las mujeres registradas por debajo de la LP. La influencia de la cobertura en salud sólo se refleja en la demora a la consulta y resulta mayor para las pacientes con cobertura (52% vs. 39%). El impacto de la educación superior, se refleja por porcentaje, en mayor adherencia al tamizado (73% vs. 56%), sin diferencias al evaluar estadio al diagnóstico, y se constata mayor demora en la consulta para

	<LP	>LP	Sin cobertura	Con cobertura	Educación incipiente/nula	Educación superior
Tamizado (Mx) *						
Sí	2	39	18	23	5	36
No	3	14	8	9	4	13
Estadio						
E ≤IIA	4	47	23	28	8	43
E IIB-IV	3	13	8	8	2	14
Demora consulta **						
Sí	4	26	9	13	4	26
No	3	18	17	12	5	16
* Se excluye la población "No corresponde por edad y/o FR".						
** Sólo se incluyen las pacientes sintomáticas.						

Tabla IV. Influencia de los factores socio-económicos sobre indicadores de predicción de demora.

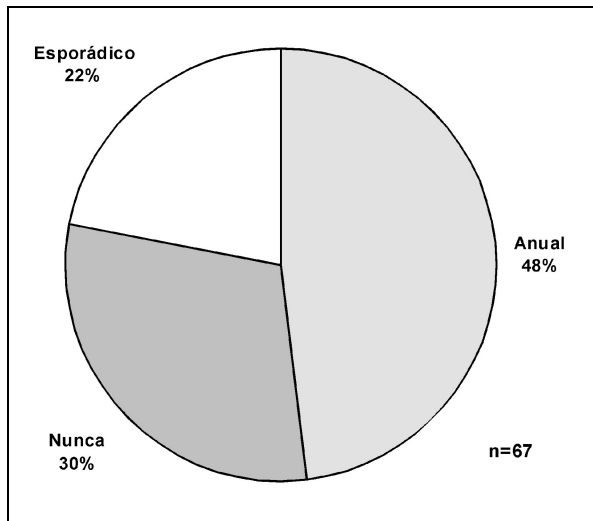


Figura 4. Frecuencia de controles médicos.

la misma cohorte de pacientes (61% vs. 44%).

Respecto de la situación laboral de la muestra, el 39% son activas ocupadas, el 31% desocupadas pero buscan trabajo y el 30% inactivas. Es importante destacar como medida de impacto que el 76% (16/21) de las pacientes desocupadas, se encuentran en esta circunstancia como consecuencia de la enfermedad y sólo 2 pacientes retomaron su actividad una vez finalizado el tratamiento.

El 70% percibe algún tipo de ingreso, proveniente de su actividad laboral o del sistema de previsión. De las 20 pacientes no receptoras de ingreso sólo 2 pacientes reciben ayuda gubernamental a través del subsidio de asignación familiar por hijo.

Con relación a su vínculo con el sistema sanitario, sólo 1 paciente cuenta con medicina prepaga, el resto se distribuye equitativamente entre obra social (52%) y sin cobertura (46%). El 84% es de nacionalidad argentina.

La Figura 4 muestra la frecuencia de los controles médicos de las pacientes encuestadas, tomando el hábito de salud como un indicador más del nivel socio-cultural y económico.

Respecto de la distribución dentro del sistema, de las 56 pacientes con hábitos rutinarios

de controles en salud, el 68% realiza sus controles en hospital público y clínicas de obra social, con una distribución casi equitativa, sólo un 14% consulta al primer nivel de atención (CAPs/CeSAC) como primera opción y un 18% realiza consulta privada (particulares o institucional).

Un 30% de las pacientes no realizaba controles clínicos y un 22% no realizaba controles ginecológicos al diagnóstico. De las 58 pacientes en edad de realizar tamizado mamográfico, el 70% realizaba sus controles pero sólo el 38% con regularidad anual y el resto de manera esporádica; el 30% nunca se había realizado una mamografía.

De las 28 pacientes en edad objetivo (>40 años) que realizaban controles ginecológicos con periodicidad anual, la gran mayoría tenía una frecuencia de mamografía adecuada; y a un 7% de pacientes, porcentaje bajo pero significativo ya que refleja la falla de la práctica médica especializada (ginecología), nunca le habían solicitado el estudio a pesar de que la mujer concurría en forma adecuada a sus controles. En un porcentaje similar, la periodicidad de mamografía no era la adecuada.

Otro dato significativo resulta de correlacionar la frecuencia de controles ginecológicos en aquellas pacientes que nunca se hicieron una mamografía: se constata que en un 25% de los casos las mujeres concurrían al sistema pero el estudio no era solicitado.

Abriendo el campo hacia el sistema sanitario sin focalizar en la especialidad, el 31% de las pacientes, en edad objetivo, sin mamografía acudía a controles clínicos frecuentes por otras comorbilidades.

En la muestra estudiada la detección de la enfermedad fue mayoritariamente (75%) por sintomatología, siendo el síntoma predominante el tumor mamario (82%) y sólo un 25% resultado del tamizado.

El temor al diagnóstico es una de las principales razones que contribuyen a la demora en la consulta y consecuentemente a la etapa tan

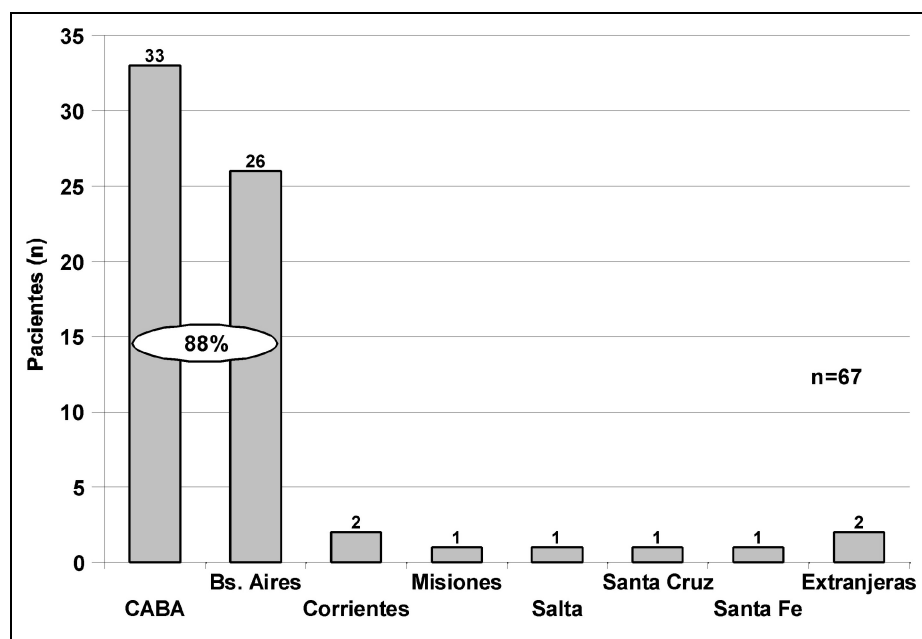


Figura 5. Distribución por lugar de residencia.

avanzada en que se diagnostica este cáncer. En la muestra estudiada un 43% de las pacientes tuvo una consulta demorada y el 26% adjudicó al miedo dicha demora.

Los principales motivos citados en la población de estudio, como causa tanto para la no adherencia al control y tamizado, como para la demora en la consulta, fueron en proporciones similares: falta de hábitos de salud y educación para los mismos ("era sana"), falta de tiempo ya sea por actividad laboral o familiar, miedo al diagnóstico y sus consecuencias (muerte, miedo a perder el trabajo, perder a la pareja, otros), "abandono" haciendo referencia a que conocían la necesidad de realizar los controles y la mamografía pero se dejaron estar, falta de conciencia de enfermedad (pensó que no era nada), y un pequeño porcentaje <10% refiere haber concurrido al control donde le solicitaron la mamografía pero nunca la efectuaron.

En cuanto a la demora en la consulta sólo 1 paciente de la población con sintomatología tenía un turno programado alejado, el resto no consultó por motivos diversos, ya citados pre-

viamente, pero todos personales, reforzando la noción de que no siempre el sistema y su fragmentación y complejidad actúan como principal barrera de acceso, sino que la concepción de la salud/enfermedad y las prácticas sanitarias y condiciones socio-culturales de la población usuaria es una variable fundamental a la hora de evaluar barreras de acceso.

Dimensión geográfica del estudio: el 84% residía en el GBA al momento del diagnóstico y el 82% de esta población en el primer cordón conurbano. [GBA: Gran Buenos Aires. El INDEC denominará así al área comprendida por la CABA más los 24 partidos del Gran Buenos Aires]. Sólo 2 pacientes viven en zona rural. De las 8 pacientes que viven fuera de la provincia de Buenos Aires, 5 casos (62,5%) se mudaron a CABA por motivos relacionados con la enfermedad (Figura 5).

El tiempo promedio de viaje de las pacientes es de 1 hora 20 minutos (rango 5 minutos a 18 horas). El gasto promedio invertido en movilidad para llegar al hospital es de 40 pesos, con una mediana de 42 pesos (rango 0 a 110).

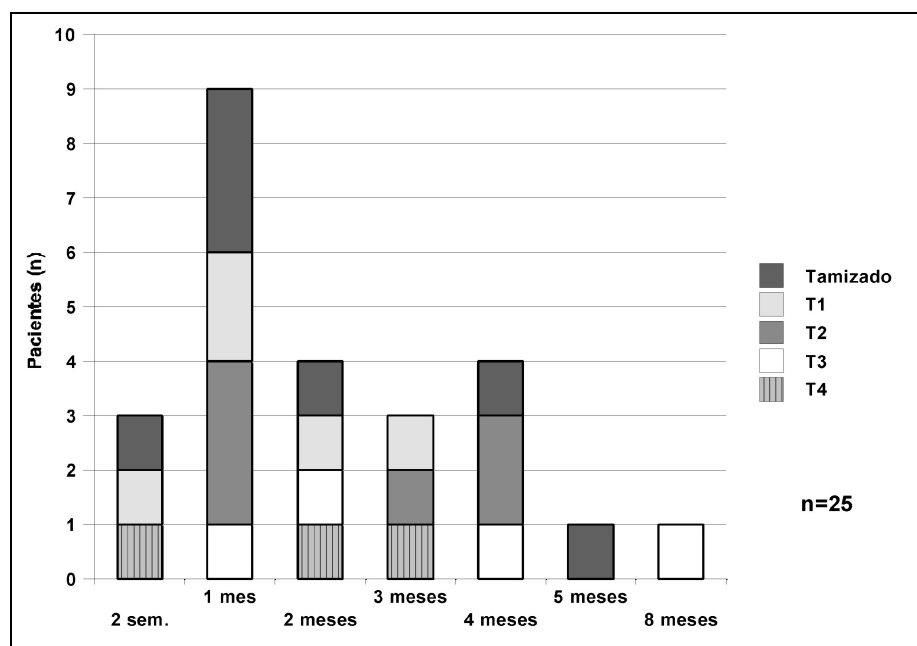


Figura 6. Demora en derivación. Correlación con tamaño tumoral.

La mayoría de las pacientes (79%) utiliza transporte público para trasladarse hasta el hospital y el 16% una combinación de los mismos.

Dimensión de la ineficiencia del sistema

Más de la mitad de las pacientes (66%) realizó su primera consulta en un centro de salud diferente al Hospital Fernández, de las cuales el 30% pagó por el servicio. De las 20 pacientes que realizaron una consulta privada con costo, el 25% es no perceptora de ingreso y el 30% es jubilada/pensionada, por lo que más de la mitad de las pacientes que tuvieron que afrontar un costo en la consulta no están en condiciones monetarias de hacerlo, marcando un posible motivo de demora o barrera. La distribución entre turno y demanda espontánea es equitativa (52% y 48%, respectivamente), y la espera en las pacientes con turno fue para la mayoría dentro de lo aceptable (<2 semanas), siendo mayor la cobertura con esta modalidad para el Hospital Fernández en el comparativo con otros centros (92% vs. 68%). Es importante destacar que el

91% de las pacientes que consultaron en el Hospital Fernández residían en CABA (17) y Provincia de Buenos Aires (4), de lo que se deduce que residir en el área programática de una unidad especializada favorece el acceso más directo y en menor tiempo.

Evaluando la demora que se produce como consecuencia del tiempo que las pacientes permanecen dentro del sistema sin resolución de la patología, el análisis de los datos revela que el 39% de las pacientes cambió de institución más de una vez antes de llegar al Hospital Fernández; el 75% realizó dos o más consultas previas, y un 32% más de cuatro, lo que implica un indicador más de demora. En el 82% de los casos aguardaron nuevamente un turno, lo cual pone en evidencia la ineficiencia del sistema para la circulación adecuada de las pacientes; ya que si la atención no puede resolverse en el primer centro de consulta por el motivo que fuere, la derivación debiera ser más temprana.

La mediana de demora en llegar al Hospital Fernández para la cohorte de pacientes evaluadas previamente en otros centros, fue de 2 me-

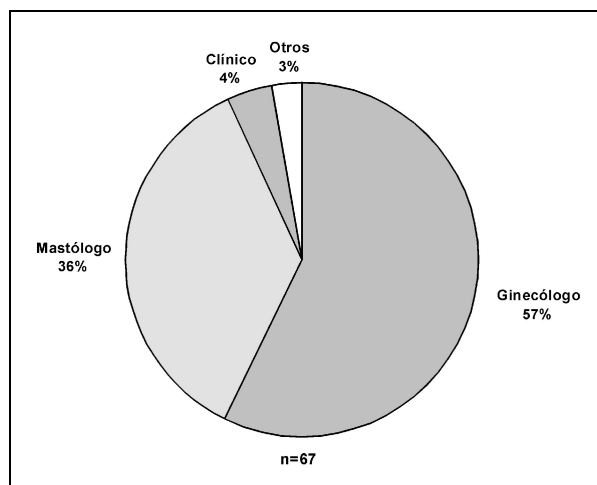


Figura 7. Distribución por especialista primera consulta.

ses. Sólo se registra derivación médica en la mitad de los casos (57%), el resto consulta por demanda espontánea frente a la no resolución del problema de salud o por alguna "recomendación" no médica. De las 25 pacientes médicamente referenciales, sólo la mitad (48%) fue oportunamente derivada, con un promedio de

demora de 2,5 meses (1 semana a 8 meses) y una mediana de 2 meses. Si se correlaciona la demora en derivación con el tamaño tumoral, se observa que sólo el 20% corresponde a pacientes asintomáticas (tamizado) y más de la mitad (52%) a pacientes con tumores mayores a los 2 cm (Figura 6).

Lógicamente a mayor número de consultas mayor demora, constatándose una demora promedio de 2 semanas para pacientes con 1 consulta, de 2 a 3 meses para pacientes con 2 o 3 consultas y no consignadas, y de 3 meses (con un rango de 1 a 12 meses) para pacientes con 4 consultas o más.

Los estudios que evalúan la demora del sistema plantean dos factores de predisposición a la misma con fuerte evidencia, la edad joven de las mujeres^{11,32-38} y los síntomas diferentes al tumor mamario.^{11,32,36,38-40} En la muestra estudiada no se pudieron corroborar estas asociaciones.

Respecto al primer especialista de contacto (Figura 7), más del 90% de las pacientes fue asistida por profesionales que podían resolver una primera consulta en esta enfermedad; te-

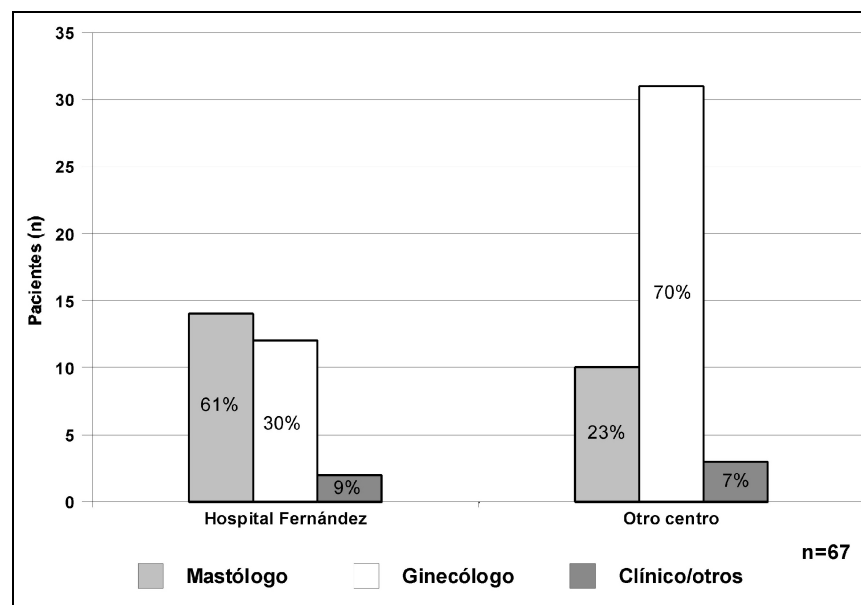


Figura 8. Distribución por especialista primera consulta. Comparativo.

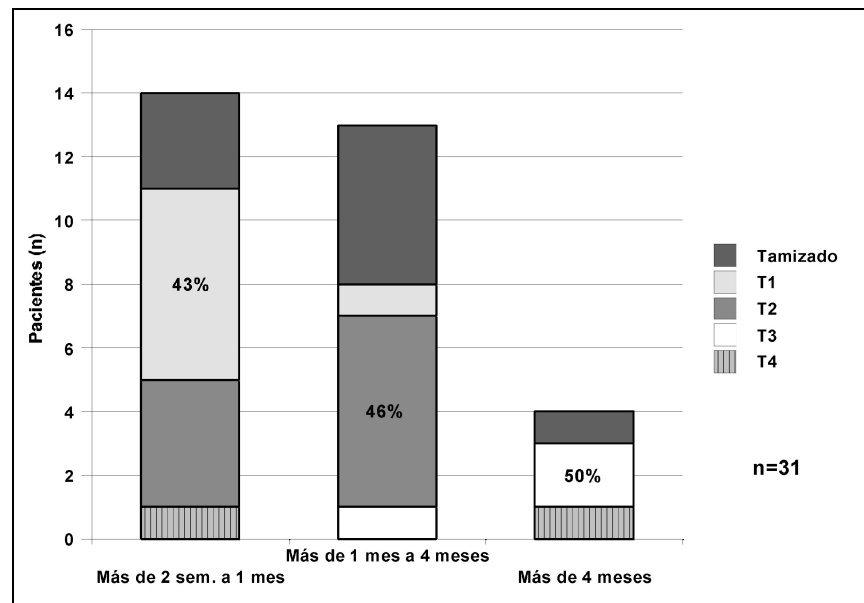


Figura 9. Distribución por demora en mamografía.
Correlación con tamaño tumoral (T).

niendo en cuenta que la mayoría de las pacientes son sintomáticas, la respuesta del sistema a priori con la evaluación de esta variable es la adecuada y la autorreferencia de las pacientes también. En el Hospital Fernández se ve mayor atención, doblando la frecuencia comparativa, por especialista específico (Figura 9), acortando la demora, ya que se suprime el tiempo de derivación.

La mayoría de las pacientes evaluadas en otros centros (93%) adjuntaba algún estudio solicitado como parte de la evaluación primaria, y el 90% había realizado su mamografía diagnóstica; esto acelera los tiempos de evaluación y podría explicar, junto con el priorizado de la enfermedad sintomática y por tiempo de demora ya transcurrido, la no diferencia en la demora al tratamiento dentro de la institución.

El tiempo de demora aceptable definido entre la consulta y la mamografía es de 15 días (para pacientes con sospecha de cáncer). De acuerdo a este indicador, el 54% de las pacientes de la muestra tiene el estudio realizado en tiempo y forma, sin registro de diferencias entre

la cohorte de mujeres que consulta primero en el Hospital Fernández y el resto (61% vs. 60%, respectivamente), y en el 75% de los casos el estudio se realizó antes del mes. Sin embargo, tal como lo muestra la Figura 9, sí es importante analizar cuáles fueron las pacientes demoradas de acuerdo al tamaño tumoral, correspondiendo sólo el 29% de las pacientes demoradas a mamografías de tamizado.

Evaluando la demora entre el diagnóstico que define la conducta y el tratamiento primario dentro de la institución, para el 64% de las pacientes esa espera es menor al mes, y no hay diferencias significativas según el centro de procedencia en cuanto a la distribución para una demora mayor: 42% para el Hospital Fernández versus 58% para los otros centros. Tomando los criterios de EUSOMA³² que definen como indicador este intervalo en 6 semanas, el 73% de las pacientes inicia su tratamiento primario en tiempo y forma.

Si se evalúa la cohorte de pacientes con demora al tratamiento primario dentro de la institución (24 pacientes que representa el 36%),

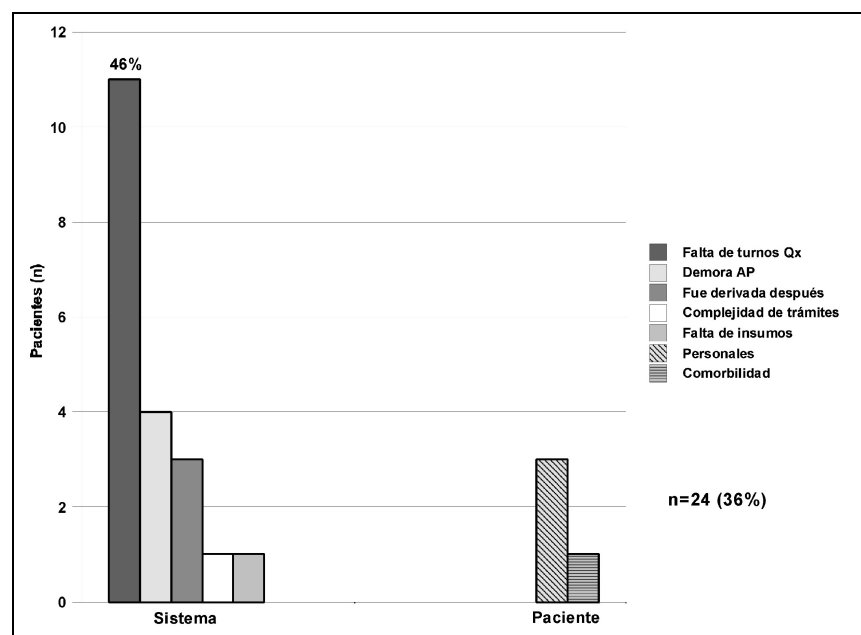


Figura 10. Distribución al tratamiento primario. Motivos.

tomando como tiempo de espera mayor al mes, y se incluyen los motivos en el análisis, se constata que en el 83% de los casos la demora compete al sistema, y que en casi la mitad (46%) la causa prioritaria es la falta de turnos quirúrgicos (Figura 10).

En las pacientes que fueron derivadas después de ese tiempo para la evaluación por sala y solicitud de turno quirúrgico, la demora es inferior a las 6 semanas, tiempo mayor a 4 semanas pero aceptable. De las pacientes demoradas por falta de turno quirúrgico, la mitad (45%) fueron diagnosticadas por mamografía de tamizado, siendo razonable en nuestra institución el priorizado de la enfermedad sintomática.

La demora total (demora del sistema) promedio fue de 3 meses (rango de 2 semanas a 12 meses) con una mediana de 2,5 meses. Ahora bien, si se evalúa la demora desde la primera consulta y se compara la población que consultó en el Hospital Fernández con la que consultó primeramente en otro centro, las diferencias son importantes (Figura 11), un 91% de pacientes tratadas en tiempo y forma para el Hospital Fer-

nández y menos de la mitad para las pacientes que consultaron en centros diferentes.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama son decisivos para la supervivencia, por esto la importancia del acceso a los servicios de salud.

En Argentina cerca del 30% de las pacientes con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados; sin embargo, la investigación sobre barreras de acceso y demora es prácticamente inexistente.

Varios estudios muestran específicamente cómo el género influye en el proceso de interpretación de los síntomas,^{9,10,39,40} avalando que el papel tradicional de la mujer abarca responsabilidad social con relación a la familia, y tienen una tendencia a descuidar y minimizar la importancia de su propia salud.

El efecto de la edad en el acceso al cuidado del cáncer es multifacético,^{9,10,33,34,41-44} y la mayoría de los estudios que evalúan su impacto

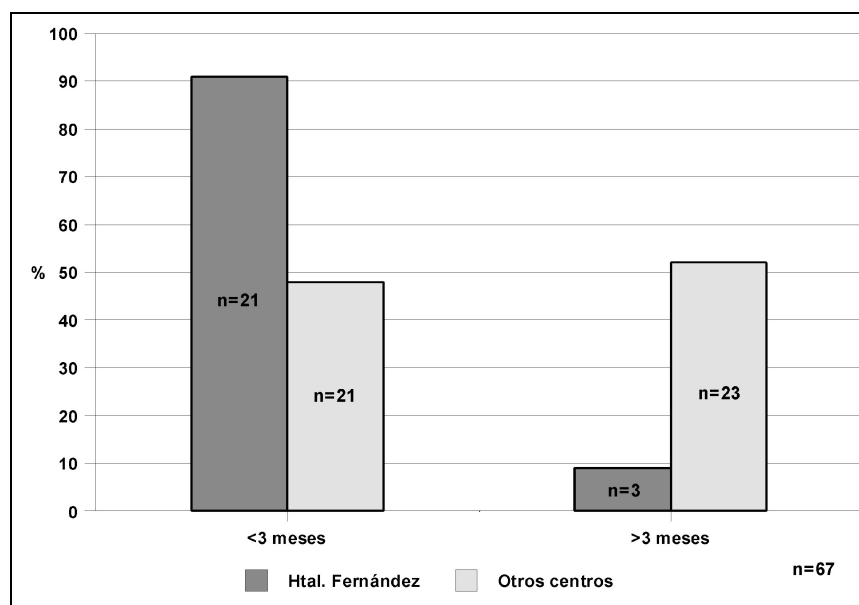


Figura 11. Demora al tratamiento primario según primer centro asistencial.

acuerdan con una fuerte evidencia la asociación entre la edad avanzada y la demora de las pacientes.^{6,7,32-34,41,45,46}

El "conocimiento" de la temática por tener un familiar con antecedente de cáncer ha surgido en varios estudios cualitativos como un factor clave para la búsqueda de atención como parte de una conducta "adquirida".¹² Sin embargo, los resultados sobre esta asociación siguen siendo controversiales en estudios cuantitativos.^{12,33,36}

Si bien hay estudios que avalan que el estado civil influye en la supervivencia posterior al diagnóstico (menor para pacientes solas *versus* casadas), cuando se evalúa esta variable con respecto al acceso a la consulta y la demora, la evidencia sostiene fuertemente que no existe asociación entre el estado civil y la demora en la consulta.^{12,15,33,36,37}

Varias son las investigaciones que relacionan el nivel educativo con el acceso al sistema de salud.^{9,10,12,33,37,44} Cumplimentar nivel educativo secundario y superior tiene relación positiva con la probabilidad de presentar un problema de salud, ya que a mayor nivel educativo, mayor información sobre su salud y ejercicio de derechos

en cuanto al acceso.

La fuerza de la asociación entre el nivel socio-económico y la demora es menos contundente.^{12,33} Pero sin duda es un determinante fundamental a la hora de evaluar posibilidades de acceder y utilizar recursos destinados a la mejora en salud.⁴⁷

Si bien es importante conocer el efecto que tiene la distancia geográfica en el uso de los servicios, la misma incide poco en la utilización de las unidades especializadas, pero los costos de transporte pueden convertirse en una barrera no sólo para la asistencia al servicio de la paciente, sino también para que lo haga acompañada.

Una de las barreras más comunes relacionadas con las usuarias, es la percepción y conocimiento del proceso salud-enfermedad, la cual determina en gran parte sus hábitos de salud, y por otro lado aquellas relacionadas con el cáncer de mama en particular: implicancias de género a través del esquema corporal, implicancias sexuales y psicológicas que la enfermedad y el tratamiento generan en las mujeres.

Diversos estudios, predominantemente sociológicos y antropológicos, han puesto de ma-

nifiesto que la interpretación de las sensaciones corporales, como los síntomas, se inserta dentro de un contexto de realidad social y cultural.⁴⁸⁻⁵⁵

Una sensación corporal es una experiencia psicosocial, que puede o no ser experimentada como algo significativo, como un síntoma de enfermedad; es decir, nunca con las sensaciones comienzan los síntomas, solamente se convierten en síntomas tras una interpretación de que aquéllos son anormales. Por ende, la capacidad de cada individuo de experimentar y comprender las sensaciones y la forma en que finalmente se interpreta como síntoma de una enfermedad, es ineludible del contexto social y cultural.

La mayoría de los estudios que evalúan la demora de la paciente son retrospectivos, y por ende, las informantes ya se han convertido en pacientes (al igual que en la población en estudio), por lo que el análisis de los datos obtenidos depende de cómo las pacientes recuperan y legitiman su experiencia; es decir, que el contexto socio-cultural también determina, “modulando” las respuestas dadas.

Entre los factores psicológicos que se han estudiado con relación a la demora, el miedo merece un comentario especial, ya que su asociación no es lineal, el miedo puede tanto acelerar,⁵⁵⁻⁵⁷ como demorar la consulta,^{58,59} y los mecanismos que determinan que una paciente con miedo actúe de una manera u otra, aún no se han dilucidado. Para otras revisiones,³³ carece de asociación.

Es destacable la poca evidencia disponible, respecto de la evaluación de la demora generada en el sistema. Dos son los motivos planteados por las revisiones acerca de la falta de estudio en esta área:^{12,33} 1) minimización de la investigación de aspectos sociales en salud que compite con los avances en el conocimiento y la tecnología médica; y 2) el hecho de que el modelo médico ha atribuido tradicionalmente los problemas de salud y la falta de su atención médica a las personas afectadas.⁶⁰

Considerando la demora del sistema, la evi-

dencia avala como factores de predisposición, la edad joven y los síntomas diferentes al tumor mamario; sin embargo, en la muestra en estudio, estas asociaciones no fueron confirmadas.

El intervalo entre el diagnóstico confirmado/sospechado y el primer tratamiento es un claro indicador de control y calidad asistencial, ya que en los casos en que este tiempo es mayor a los 3 a 6 meses el impacto recae claramente sobre la sobrevida.

La asociación entre la demora del sistema y la sobrevida es más controversial, hay estudios que reportan que no existe asociación,^{20,61} y otros que han encontrado paradójicamente una inversa;⁶² es decir, a menor demora menor sobrevida, lo que puede ser explicado por el hecho de que frente a estadios más avanzados, se aceleran los tiempos de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Esta asociación se confirma en la muestra en estudio, con prioridad de la enfermedad sintomática.

El bajo porcentaje de pacientes sintomáticas oportunamente derivadas reflejado en nuestro estudio, no representa un problema local, mundialmente se registra en porcentajes similares y variables la misma problemática. Estudios realizados en el Reino Unido²² informan que el número de pacientes derivadas a unidades especializadas varía ampliamente entre médicos de familia y generalistas, y que poco más de la mitad de las pacientes fue médicamente referidas, lo que coincide con los datos de nuestra muestra (57%).

Los centros especializados obtienen mejores resultados en todos los indicadores; menor demora, demostrado en nuestro estudio con un 91% de pacientes tratadas en tiempo y forma *versus* el 48% cuando provienen de otros centros, mejores evaluaciones diagnósticas, mayor resolución y práctica quirúrgica, y mejores tasas de supervivencia a los 5 años.⁶³⁻⁶⁵ Estos resultados coinciden y son consecuencia del volumen de pacientes que se maneja y que permite adquirir la experticia.

CONCLUSIONES

Sin lugar a duda la demora, tanto de las pacientes como del sistema, es claramente un tema complejo y de multifactores, y es insuficiente la evidencia a la hora de plantear estrategias sobre cómo actuar para disminuirla.

Evaluando las demoras en el presente estudio, las más importantes se registraron en el tiempo a la consulta, que compete a las pacientes, y en el tiempo de derivación hacia nuestro servicio, que compete al sistema.

Dentro de los factores que predisponen a la demora de las pacientes, la edad avanzada fue uno claramente demostrado, al igual que el nivel socio-económico como contexto para la interpretación de los síntomas. Otros factores con asociación positiva en la muestra estudiada fueron: tener antecedentes familiares de riesgo para cáncer de mama, estar en pareja, contar con un nivel educacional superior y cobertura médica y factores psicosociales como el miedo, falta de conciencia de enfermedad y hábitos de salud.

En lo que respecta al sistema de salud, el punto principal de demora en la muestra se sitúa en el tiempo a la derivación con un 52% de derivaciones demoradas y una mediana de derivación de 2 meses. La derivación fue médicamente referencial sólo en el 57% de los casos.

Fortalecer el primer nivel de atención y el establecimiento y coordinación de las redes de derivación, no sólo beneficiaría a las pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer, sino que ayudaría a disminuir el número de pacientes que no requieren una atención especializada y que cooperan con la sobrecarga en la demanda de los centros de mayor complejidad.

Respecto a la demora al tratamiento primario, la demora en la institución se encuentra dentro de estándares aceptables con un 73% de tratamientos oportunos, registrándose en la población demorada la falta de turnos quirúrgicos como la causa principal de la misma. La demora total (demora del sistema) promedio fue de

3 meses. Pero es importante el impacto en la demora cuando se evalúa la misma por centro asistencial primario (comparando la población que consultó en el Hospital Fernández con la que consultó primeramente en otro centro), con un 91% de pacientes tratadas en tiempo y forma para el Hospital J. A. Fernández, y menos de la mitad para las pacientes que consultaron en centros diferentes.

Por ende, la atención en un centro especializado mejora los resultados en todos los indicadores, con una mayor cobertura y menor demora a turno programado, evaluaciones diagnósticas eficientes y tratamientos oportunos.

Varios enfoques diferentes se requieren para mejorar nuestra comprensión de los factores que aumentan el riesgo de demora. En el caso de las pacientes es fundamental tener en cuenta los factores socio-culturales, la naturaleza de las creencias sobre la salud relacionada con el cáncer y las actitudes de la población femenina en general. Las estrategias para acortar la demora de las pacientes probablemente serán de naturaleza educativa, al igual que las intervenciones para reducir la demora del sistema y/o cambios organizativos que disminuyan la complejidad de los trámites y el acceso al mismo.

Sin embargo, es esencial la necesidad de un programa de investigación primaria para comprender los factores que aumentan el riesgo de demora y determinar así los enfoques óptimos para la reducción de la misma, y de ese modo mejorar las tasas de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama.

La atención de la mujer con cáncer de mama debe ser especializada y ha de realizarse desde una perspectiva integral, contemplando todos aquellos aspectos que contribuyan a minimizar la demora, proporcionar información adecuada, establecer un plan terapéutico oportuno y consensuado con la mujer, mejorar la comunicación a lo largo del proceso de atención y garantizar el apoyo psicosocial. La concreción de cada uno de esos aspectos tendrá repercusiones positivas

en la satisfacción de la mujer y en la del profesional que la acompaña, diagnostica y trata.

Nota

Le extensión del artículo completo excede lo estipulado en el Reglamento de Publicaciones de la SAM. Quienes deseen obtenerlo, pueden solicitarlo por medio del correo electrónico de la autora.

REFERENCIAS

1. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010; p.13.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
3. Schwarstmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. *J Clin Oncol* 2001; 19(18): 118S-124S.
4. OPS/OMS. Programa de organización y gestión de servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud y programa especial de análisis de situación de salud. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Washington, 2000.
5. Martins S, Pereira F, Matumoto S, et al. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3): 352-9.
6. Andersen R, Aday A. (1974). A theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1993; 9: 208-222.
7. Grupo de Economía de la Salud -GES- (2001). Condiciones de acceso a los servicios de salud. Observatorio de la seguridad social, No. 3. Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/Observatorio3.pdf>
8. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Rev Salud Publica Mexico* 1985; 27(5): 438-53.
9. Madelblatt J, Yabroff K, Kerner J. Equitable access to cancer services: A review of barriers to quality care. *Cancer* 1999; 86: 2378-2390.
10. Madelblatt J, Yabroff K, Kerner J. Access to quality cancer care: evaluating and ensuring equitable services, quality of life, and survival. Report.
11. Hansen R, Olesen F, Sorensen H, Sokolowski I, Sondergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 49.
12. Unger-Saldana K, Infante-Castaneda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Pública Méx* 2009; 51(2): s270-s285.
13. Management of breast cancer in woman. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). NHS; 2005. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign84.pdf>
14. Charlson ME. Delay in the treatment of carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160(5): 393-9.
15. Rossi S, Cinini C, Di Pietro C, Lombardi CP, Crucitti A, Bellantone R, et al. Diagnostic delay in breast cancer: correlation with disease stage and prognosis. *Tumori* 1990; 76(6): 559-62.
16. Richards MA, Smith P, Ramirez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999; 79(5-6): 858-64.
17. Elwood JM, Moorehead WP. Delay in diagnosis and long-term survival in breast cancer. *Br Med J* 1980; 280(6227): 1291-4.
18. Gregorio DI, Cummings KM, Michalek A. Delay, stage of disease, and survival among White and black women with breast cancer. *Am J Public Health* 1983; 73(5): 590-3.
19. MacArthur C, Smith A. Delay in breast cancer and the nature of presenting symptoms. *Lancet* 1981; 1(8220 Pt1): 601-3.
20. Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet* 1999; 353(9159): 1132-5.
21. Buffa R, Viniegra M. Manual operativo de evaluación clínica mamaria. Programa de control de cancer de mama. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. 2011. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones>
22. Guidance on cancer services. Improving outcomes in breast cancer. Manual update. United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence (NICE). NHS England - Wales; 2002.
23. Buffa R, Gamarra S, Viniegra M. Manual Operativo para el uso de mamografía en tamizaje. Programa de control de cáncer de mama. Instituto Nacional del Cáncer - Ministerio de Salud. 2011. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones>
24. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th.Edition, 2006.
25. Sauven P on behalf of the British Association of Surgical Oncology (BASO) Breast Group. *BMJ* 2001; 323: 864-5.

26. Guía de recomendaciones clínicas. Cáncer de mama. Principado de Asturias: Programas Clave Atención Interdisciplinar (PCAI). Consejería de Salud; 2005.
27. Caplan LS, May DS, Richardson LC. Time to diagnosis and treatment of breast cancer: results from the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, 1991-1995. *Am J Public Health* 2000; 90(1): 130-4.
28. Tartter PI, Pace D, Frost M, Bernstein JL. Delay in diagnosis of breast cancer. *Ann Surg* 1999; 229(1): 91-6.
29. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg* 2004; 91(1): 49-53.
30. Warner E. Clinical practice breast-cancer screening. *N Engl J Med* 2011; 365: 1025-1032.
31. Bernstein L. Epidemiology of endocrine-related risk factors for breast cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2002; 7(1): 3-15.
32. Del Turco MR, Ponti A, Bick U, et al. Quality indicators in breast cancer care. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2344-2356.
33. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353(9159): 1127-31.
34. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany –a population based study. *Br J Cancer* 2002; 86(7): 1034-40.
35. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breast feeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360(9328): 187-195.
36. Neale AV, Tilley BC, Vernon SW. Marital status, delay in seeking treatment and survival from breast cancer. *Soc Sci Med* 1986; 23(3): 305-12.
37. Burgess C, Ramirez A, Richards M, Love S. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer* 1998; 77: 1343-48.
38. Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Freedman LS, Coates RJ, Edwards BK. System delay in breast cancer in whites and blacks. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 804-12.
39. Hunt LM, Jordan B, Irwin S. Views of what's wrong: diagnosis and patients' concepts of illness. *Soc Sci Med* 1989; 28: 945-956.
40. van Wijk CM, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 1997; 45: 231-246.
41. Schottenfeld D, Robbins G. Breast cancer in elderly women. *Geriatrics* 1971; 26: 121-3.
42. Afzelius P, Zedeler K, Sommer H, Mouridsen HT, Blichert-Toft M. Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications. *Acta Oncol* 1994; 33(4): 345-51.
43. Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, de Bellis G, Fabbrocini G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev* 2001; 10: 53-59.
44. Cobb B, Clark RL, Jr., Mc GC, Howe CD. Patient-responsible delay of treatment in cancer: a social psychological study. *Cancer* 1954; 7(5): 920-6.
45. Gwyn K, Bondy ML, Cohen DS, Lund MJ, Liff JM, Flagg EW, et al. Racial differences in diagnosis, treatment, and clinical delays in a population-based study of patients with newly diagnosed breast carcinoma. *Cancer* 2004; 100(8): 1595-604.
46. Cancer reform strategy. Department of Health. London, 2007.
47. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford University Press. New York, 2000.
48. Hay MC. Reading sensations: understanding the process of distinguishing 'fine' from 'sick'. *Transcul Psychiatry* 2008; 45: 198-229.
49. Zola IK. Culture and symptoms –an analysis of patients' presenting complaints. *Am Sociol Rev* 1966; 31: 615-630.
50. Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. *Soc Sci Med* 1973; 7: 677-689.
51. Alonzo AA. An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc Sci Med* 1984; 19: 499-510.
52. Martínez-Hernández A. What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 2000.
53. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, CA: University of California Press, 1980.
54. Radley A. Making sense of illness the social psychology of health and disease. London, Thousand Oaks, Sage Publications. New Delhi, 1994.
55. Facione NC, Facione PA. The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. *Soc Sci Med* 2006; 63 (12): 3137-49.
56. Lauver D, Coyle M, Panchmatia B. Women's reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms. *Womens Health Issues* 1995; 5(1): 27-35.
57. De Nooijer J, Lechner L, De Vries H. Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perceptions of patients and general practitioners. *Psychooncology* 2001; 10(6): 469-78.
58. Lam WW, Fielding R. The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: a qualitative study. *Psychooncology* 2003; 12(2): 127-40.

59. Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *Br J Gen Pract* 2001; 51(473): 967-71.
60. Pfeiffer D. The conceptualization of disability. In: Barnartt SN, Altman BM, editors. *Exploring Theories and Explaining Methodologies: where are we and where we need to go*. Elsevier Science Ltd. Oxford, UK, 2001.
61. Dennis CR, Gardner B, Lim B. Analysis of survival and recurrence vs. patient and doctor delay in treatment of breast cancer. *Cancer* 1975; 35(3): 714-20.
62. Higginson J. Patient delay with reference to stage of cancer. *Cancer* 1962; 15: 50-6.
63. Provision of breast services in the UK: the advantages of specialist breast units. Report of a working party of the British Breast Group. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1995.
64. The Breast Surgeons Group of the British Association of Surgical Oncology. Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom. BASO, London, 1995.
65. Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345: 1265-70.

DEBATE

Dr. Martín: Muy interesante porque es un tópico que no se trata habitualmente.

Dr. Poet: Quería hacer una pregunta. Qué tomaron como nivel de corte para la pobreza, necesidades insatisfechas y estudios, y qué relación con respecto a eso, fundamentalmente por la localización del hospital, tuvieron dentro del grupo de aproximadamente 30% de consultas primarias en el hospital, en cuanto al diagnóstico de cáncer de mama. A ver si ese porcentaje realmente era el mayor.

Dra. Buffa: No, igual de toda la población, el 36% nada más consultó primariamente en nuestro hospital.

Dr. Poet: De ese grupo, ¿cuántas?

Dra. Buffa: Ninguna estaba debajo de la línea de pobreza. El 91% de la población que consulta primariamente en nuestro hospital, corresponde a Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

pero es el porcentaje menor del universo total. La línea de pobreza se tomó con los criterios del INDEC que calculan línea de pobreza por la canasta básica total; \$430,00 para el mes de julio del año pasado, per cápita.

Dr. Núñez De Pierro: Una observación, es el indicador oficial.

Dr. Poet: Los hermanos de los países limítrofes pienso que tienen un porcentaje bastante alto y son todos los que se vienen a instalar en la capital.

Dra. Buffa: Nacionalidad 84% argentina de la muestra, sólo 2 pacientes extranjeras.

Dr. Poet: Pero en el caso de esta muestra.

Dra. Buffa: De esta muestra, del año 2011.

Dr. Poet: Si no es el 20%.

Dra. Buffa: Probablemente. También lo interesante si uno replica este estudio en otro lado, quizás se vean más diferencias en un hospital que esté más cerca de o en la provincia, seguramente los datos van a ser diferentes.

Dr. Dávalos Michel: Los quiero felicitar por el trabajo, porque hacer esta investigación es muy difícil, engorrosa, aburrida. Hablando de barreras, yo acá le comenté al Dr. Núñez De Pierro que salí de mi consultorio y mi secretaria me dice: Doctor tenía que llamar a la señora XX hace 40 minutos, quiere hablar con usted. Se tiene que operar, su médico está de vacaciones y quiere hablar algo sobre el posoperatorio, ya que tiene programado un viaje. Me fijé en la historia clínica y esta señora me consultó el 29 de setiembre por primera vez, con un cáncer de mama. Era una segunda consulta y ya tenía programada una punción, imagino que ya tendrá el resultado, pero el médico de ella está de vacaciones. Esto es una gran barrera, es una realidad. Entonces, fíjese, aparte del diagnóstico, le habrán dado la mamografía, el turno, etc., cuando esto con una biopsia por congelación en 10 minutos tiene resultado, porque era un nódulo palpable. Yo quería preguntarle si ustedes en el hospital hacen punciones, a lo no palpable y a lo palpable, y si eso de la punción preoperatoria

para ir con el diagnóstico a la sala de operaciones es o no una barrera para ustedes, en el medio hospitalario.

Dra. Buffa: No en el medio hospitalario. La mayoría de nuestras pacientes tiene diagnóstico prequirúrgico. No lo cité en el estudio, pero tengo el dato de quiénes tienen biopsia y la gran mayoría, sobre todo si hablamos de pacientes no palpables. El tema de los tiempos también lo discutimos con todos los autores que figuran en el trabajo; obviamente son los tiempos que figuran en las guías y en las normas nacionales e internacionales. Sabemos que en el sistema privado este tiempo es un poco difícil de cumplir, por la demora en la mamografía y demás. También hay una realidad que está citada en todos los trabajos que evalúan demora, que si la demora del sistema supera los 3 meses (hay un gris entre 3 y 6 meses), se habla de un impacto en la sobrevida de estas pacientes. Yo creo que en el Hospital Fernández, estamos hablando de un sistema público, un 73% de pacientes tratadas en tiempo y forma es un muy buen número.

Dr. Urrutia: Yo también los felicito, porque es un tema interesante que no se presenta habitualmente. Quizás uno lo presenta esto en la casuística que hace anualmente en sus propios hospitales, pero nunca lo proyecta para presentarlo en una sociedad; me parece que es excelente. Soy del Hospital Rivadavia y los datos son parecidos. Nosotros no tenemos tanto paladar negro, tenemos muchas más pacientes del conurbano y muchas más pacientes de países limítrofes, que hace que (sobre todo las pacientes de los países limítrofes) en teoría desde la primera consulta que hicieron hasta que se empiezan a tratar, pasa mucho más tiempo. Yo le comentaba al Dr. Núñez De Pierro que una demora nuestra, por supuesto que aparte de los turnos de quirófano, es en diagnóstico por imágenes. A pesar que tenemos mamógrafo y ecógrafo, es como que a veces se nos complica para poder tener el diagnóstico por imágenes; en general los datos son bastante parecidos. O sea, que nue-

vamente los felicito y habrá que traer la casuística.

Dra. Buffa: Sí, para comparar hay que replicarlo, sería bueno.

Dr. Poet: Quizás no tiene que ver con el trabajo, pero sería interesante ya que están en este camino, valorar si tiene más relevancia la demora en el diagnóstico mamográfico clínico contra la demora en el tratamiento complementario, llámese quimioterapia, radioterapia, etc., porque pienso que es un punto bastante importante. Nos está pasando a todos, que a veces una paciente hasta que empieza quimioterapia, consiguió la droga, pasaron 4 meses y hasta que se irradió pasaron 6 meses.

Dra. Buffa: Contesté Dr. Núñez De Pierro, si quiere.

Dr. Núñez De Pierro: Contesto simplemente porque no está en el trabajo y hace más a las generales. El problema de los tratamientos adyuvantes, sean éstos radioterapia, quimioterapia, etc., realmente son una complicación. El Hospital Fernández no es a lo mejor el centro ideal, por ejemplo, para medir demora en la radioterapia, puesto que la mayoría de ustedes sabe que tenemos becas y la mayoría de nuestras pacientes o un porcentaje muy importante, se irradia a través de becas oficiales en un centro privado, no dependemos de las vicisitudes de los únicos dos aparatos de cobalto instalados en el sistema público. Sí, hay dificultades con la provisión de agentes para blancos moleculares. Si alguien revisara nuestra estadística de tratamiento de las pacientes HER-2 positivas, creería que seguimos a cualquiera de los procesos secuenciales, porque el trastuzumab llega en general cuando la paciente ha terminado la quimioterapia. Por el resto es variable, pero naturalmente lo que usted menciona es muy importante.

Dra. Parodi: La felicito por el trabajo, pero hablando de las demoras, les quería hacer un comentario. En nuestro país ahora, hace 15 días que no consigo las películas mamográficas que

utilizo. Compré especialmente ese tipo de digital, porque me gustaba más la imagen y no hay en el país. Estamos entregando CD, nosotros informamos desde monitores de 5 megapixel que por supuesto tienen perfecta imagen y definición; pero le estamos entregando a las pacientes CD y no todos los médicos tienen la computadora adecuada para ver y que además disminuye la calidad de la imagen; o sea, que en estas condiciones estamos trabajando. Si se nos rompe un repuesto de un aparato, por ahí estamos un mes esperando a que autoricen el ingreso. Se los comento porque estamos hablando de las demoras y estamos viviendo en este país.

Dr. Martín: En mi hospital, a las pacientes que se atienden y que no son de PAMI, para el prequirúrgico no tenemos demora, porque cuando las vemos, casi todas son palpables, la mamografía se la hacemos casi enseguida. Nosotros le hacemos, como creo que en el Fernández siguen haciendo, punción con aguja fina y tenemos el diagnóstico enseguida. Clínica, imagen y punción con aguja fina positiva, va a quirófano. Increíblemente las pacientes que nosotros vemos de PAMI, que están en el hospital, tienen contrato en otro lugar y no le podemos hacer mamografía; entonces con ellas tenemos demora con las mamografías.