

ARTÍCULOS ORIGINALES

DEMORAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Delays in the Process of Care of Patients with Breast Cancer in Two Public Hospitals in the Province of Santa Fe

Luciano Mignini,^{1,2} Silvina Ramos,³ Veronica Pesce,³ Gonzalo Tabares,⁴ Cecilia Straw,⁵ Ivana Romero,² Victoria Moretto,⁴ Cecilia Almada,⁴ Marcela Schneider,² Nadia Robles,³ Luis Fein,^{2,3} María Viniestra³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El retraso en el inicio de un tratamiento efectivo del cáncer de mama reduce la tasa de supervivencia y está asociado a estadios más avanzados al diagnóstico y a la necesidad de tratamientos más agresivos y costosos. OBJETIVOS: Describir la trayectoria de la atención médica de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama desde la aparición de un signo o síntoma hasta la finalización del tratamiento. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas. Se estimaron los tiempos utilizados en cada etapa del proceso de atención de cáncer de mama en mujeres diagnosticadas y/o tratadas durante 2012 en dos hospitales de la provincia de Santa Fe. RESULTADOS: Se incluyó a 62 pacientes en la muestra. El 20,3% obtuvo su diagnóstico dentro del mes posterior a la mamografía y/o ecografía, y sólo la mitad fue operada dentro del mes posterior al diagnóstico. El 60% de las pacientes con necesidad de quimioterapia adyuvante y el 72,4% con necesidad de radioterapia tras la cirugía tuvieron demoras mayores a 60 días. Ninguna de las pacientes en estadio IV comenzó el tratamiento antes de los 30 días. CONCLUSIONES: Si se compara con los parámetros establecidos en la guía del Programa Nacional de Cáncer de Mama, hay demoras en todas las etapas. Es necesario establecer estrategias que reduzcan los tiempos para la confirmación diagnóstica en mujeres con sospecha, así como los tiempos de tratamiento en pacientes con cáncer confirmado.

ABSTRACT. *INTRODUCTION: The delay to start an effective treatment for breast cancer reduces survival rate and is associated to advanced stages at diagnosis and to the need for more aggressive and costly treatments. OBJECTIVES: To describe the health care path of women with diagnosis of breast cancer since the first sign or symptom until the end of the treatment. METHODS: A retrospective descriptive study was performed, combining quantitative and qualitative techniques. It estimated the time used in each stage of the health care process among women with breast cancer, diagnosed and/or treated during 2012 in two hospitals of the province of Santa Fe, Argentina. RESULTS: A total of 62 patients were included in the sample. Of them, 20.3% received her diagnosis within 30 days of the mammogram and/or ultrasound and 50% were operated within one month of the diagnosis. There were delays of more than 60 days in 60% and 72.4% of the patients who had to undergo adjuvant chemotherapy and radiotherapy, respectively. None of the patients with stage IV began the treatment within the first 30 days. CONCLUSIONS: Compared to the guidelines of the National Program of Breast Cancer, there are delays at all stages. It is necessary to develop strategies to shorten the time for diagnosis confirmation in women with suspected breast cancer and for the access to treatment in patients with cancer confirmed.*

PALABRAS CLAVE: Cáncer de Mama - Navegación - Demoras

KEY WORDS: Breast Cancer - Navigation - Delays

¹ Centro Rosarino de Estudios Perinatales.

² Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria.

³ Instituto Nacional del Cáncer.

⁴ Hospital Provincial del Centenario.

⁵ Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 31 de diciembre de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17 de junio de 2016

CORRESPONDENCIA A: Luciano Mignini
Correo electrónico: lmignini@gmail.com

Registro RENIS N°: IS000974

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama 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. Se estima que se producen alrededor de 1 200 000 casos nuevos por año en el mundo, que implican más de 500 000 muertes.¹ En Argentina, se estiman alrededor de 19 000 casos nuevos y 6 600 muertes por año.¹ Los esfuerzos para lograr su control en el mediano plazo deben centrarse en la detección temprana y en la implementación de tratamientos pertinentes y oportunos.²⁻⁵ En Argentina, alrededor del 30% de los tumores se diagnostican en estadios avanzados,⁶ lo que sugiere falencias para detectar tempranamente la enfermedad y barreras en el acceso

a un cuidado oportuno. La extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico es un importante predictor de la letalidad del cáncer de mama.^{7,8} Las pacientes con estadios avanzados no sólo tienen menor supervivencia, sino que además deben atravesar tratamientos quirúrgicos y sistémicos más agresivos. Por otra parte, la desarticulación de los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento también funciona como una barrera que afecta la calidad y seguridad de la atención.⁹⁻¹¹

La resolución oportuna de una mamografía con hallazgos sospechosos es un proceso complejo con numerosas etapas en el cual intervienen diversos servicios. Esta complejidad favorece las interrupciones en el continuo de cuidado, que actúan como barreras de acceso a la atención oportuna y de calidad. Por ello, el control de las demoras en el proceso de atención es crítico para mejorar los resultados finales.

El efecto de las demoras en la implementación de un tratamiento adecuado ha sido ampliamente estudiado. El retraso inicial ha demostrado reducir la tasa de supervivencia y se ha asociado a estadios más avanzados al diagnóstico y a la necesidad de tratamientos más agresivos y costosos.¹²⁻¹⁴ También se han estudiado las barreras en el acceso a los servicios como determinantes de esas demoras.^{15,16}

La literatura presenta múltiples marcos referenciales para conceptualizar las barreras que afectan la relación entre los usuarios y el sistema de salud. En líneas generales, se dividen en aquellas relacionadas con la estructura y dinámica del sistema y los servicios de salud, y las inherentes a las características y condiciones de vida de la comunidad, la familia y las pacientes. Así, por ejemplo, la distancia de los servicios de salud al usuario, su costo y la disponibilidad de turnos son barreras sistémicas que inciden en la accesibilidad. Por otra parte, la vulnerabilidad social, la organización familiar y las creencias sobre la salud y la enfermedad afectan oportunidades de obtener atención adecuada.^{17,18} Un sistema de salud orientado a la equidad en el acceso debe tomar en cuenta estas (y otras) barreras, y establecer intervenciones para reducir sus efectos negativos.

En diversos contextos, la navegación de pacientes ha sido probada como estrategia para mitigar los efectos de las demoras y disminuir las barreras de acceso a los servicios necesarios para una atención oportuna en el *continuum* del proceso.¹⁹⁻²¹ Precisamente es una intervención destinada a coordinar los diferentes pasos en un proceso de atención complejo.²² Se trata de una estrategia utilizada desde los años 90 en poblaciones vulnerables, que ha probado ser efectiva para eliminar o mitigar las barreras al diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas, contrarrestando los efectos de un sistema de salud fragmentado.^{20, 23-25} Las evaluaciones muestran que esta intervención es eficaz no sólo en la reducción de los tiempos de diagnóstico y tratamiento, sino también en la adherencia de las mujeres al seguimiento.²⁶

El objetivo del estudio fue describir la trayectoria de la atención médica de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama desde la aparición de un signo o un síntoma hasta la finalización del tratamiento. El propósito fue identificar oportunidades para la introducción de una intervención con navegadoras dirigida a reducir los tiempos de atención de estas pacientes. Fue diseñado en dos etapas con una metodología cuanti-cualitativa: en la primera se midieron los tiempos entre las diferentes prácticas y se estimaron las demoras en relación con los tiempos recomendados por el Programa Nacional de Cáncer de Mama;²⁷ en la segunda se analizaron los motivos de las demoras y sus consecuencias para la paciente y su familia a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada a mujeres y equipos de salud. En este artículo se reportan los resultados del componente cuantitativo de análisis de los tiempos de atención.

MÉTODOS

Se utilizó un diseño descriptivo retrospectivo, que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas. Fueron elegibles todas las mujeres con cáncer de mama diagnosticado y/o con inicio de tratamiento (cirugía, radioterapia y/o tratamiento sistémico) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012 en dos hospitales de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Se emplearon diversas fuentes de información (registros e historias clínicas de los servicios de diagnóstico por imágenes, patología mamaria, anatomía patológica, oncología y radioterapia) con el objetivo de cubrir todas las puertas de acceso de las pacientes al diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en ambas instituciones. A partir de estas fuentes se consolidó una base de datos con fechas, procedimientos y resultados, así como datos sociodemográficos. Las pacientes fueron identificadas con números (y no con sus nombres) para resguardar el anonimato.

Para el análisis de las trayectorias de las pacientes se definieron cuatro tiempos de atención:

- Tiempo 1: Desde la aparición de un síntoma o un signo de sospecha de cáncer de mama hasta la fecha de la mamografía y/o ecografía, independientemente de su resultado. En las pacientes con tumores metastásicos de inicio, se consideró la fecha del procedimiento que condujo a la sospecha diagnóstica.
- Tiempo 2: Desde la fecha de la mamografía y/o ecografía hasta la fecha en que se realizó la biopsia que confirmó el diagnóstico de cáncer de mama. En las pacientes con tumores metastásicos de inicio, se consideró desde la fecha del procedimiento que condujo a la sospecha diagnóstica hasta la obtención de la biopsia.
- Tiempo 3: Desde la fecha en que se realizó el diagnóstico histológico hasta la fecha de inicio de tratamiento (cirugía, radioterapia, tratamiento sistémico).
- Tiempo 4: Desde la fecha de inicio del tratamiento indicado (radioterapia, tratamiento sistémico) hasta su finalización. En las mujeres con tumores estadio IV, este tiempo no fue

analizado. En el caso de la hormonoterapia adyuvante, sólo se analizó el tiempo al inicio del tratamiento.

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva para analizar los tiempos y las demoras. Las comparaciones se realizaron a través de *tests* no paramétricos.

El protocolo del estudio contó con la aprobación de los comités de Docencia e Investigación de los hospitales participantes. Se siguieron los criterios de la Declaración de Helsinki, y la información relevada fue tratada confidencialmente, de acuerdo con lo que fija la Ley Nacional 25.362/2000 de Protección de los Datos Personales.

RESULTADOS

Se identificó a 62 mujeres con cáncer de mama diagnosticado y/o con inicio de tratamiento durante 2012 en ambos hospitales. Las características sociodemográficas de las pacientes se muestran en la Tabla 1; las características clínicas se presentan en la Tabla 2.

El 95% de las mujeres de la muestra había consultado

TABLA 1. Características sociodemográficas de las pacientes.

Variabes analizadas	N	%
Edad (años)		
31-40	8	12,9
41-50	19	30,6
51-60	24	38,7
61-70	8	12,9
71 o más	3	4,8
Escolaridad		
Sin escolaridad o primario incompleto	7	11,3
Primario completo	23	37,1
Secundario incompleto	10	16,1
Secundario completo	9	14,5
Terciario incompleto o completo	5	8,1
Sin dato	8	12,9
Estado civil		
Soltera	6	9,7
Casada o unión de hecho	34	54,8
Separada o divorciada	12	19,4
Viuda	3	4,8
Sin dato	7	11,3
Número de hijos		
Ninguno	6	9,7
1 o 2	25	40,3
3 o más	30	48,4
Sin dato	1	1,6
Trabaja fuera del hogar		
No	29	46,8
Sí	25	40,3
Sin dato	8	12,9
Cobertura		
Sin cobertura social	50	80,6
Con cobertura social	9	14,5
Sin dato	3	4,8
Distancia desde el domicilio hasta el hospital de atención		
< 50 kilómetros	47	75,8
> 50 kilómetros	15	24,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de los hospitales participantes en el estudio.

por sintomatología relacionada con la enfermedad: 58% con nódulo palpable y 37% con síntomas asociados, como secreción por el pezón, úlcera, etc. Sólo el 5% de los casos había obtenido el diagnóstico a partir de estudios de tamizaje. Veinte pacientes (32,3%) se presentaron con un estadio localmente avanzado o metastásico (estadios III-IV).

Debido a la falta de datos completos en los registros, no fue posible calcular el tiempo 1 ni las demoras correspondientes a la etapa anterior al primer contacto de la mujer con el sistema de salud. Una estimación de ese tiempo se obtuvo a partir de las entrevistas en profundidad, desarrolladas en el componente cualitativo del estudio cuyos resultados globales no forman parte del reporte del presente artículo.

La Tabla 3 muestra los tiempos y las demoras para las diferentes prácticas de diagnóstico y tratamiento. Se estimaron los tiempos utilizados entre un procedimiento y el siguiente en el proceso de atención, y se estimaron las demoras en función de los tiempos óptimos de acuerdo con los criterios del Programa Nacional de Cáncer de Mama.²⁷

Debido a la falta de información en los registros, el tiempo 2 sólo pudo ser calculado en 59 pacientes. El 20,3% de los diagnósticos se confirmó dentro de los 30 días posteriores a la mamografía y/o ecografía. Con respecto al tiempo 3, sólo la mitad de las pacientes fue operada dentro de los 30 días del diagnóstico, y se presentaron demoras en el inicio de los tratamientos adyuvantes; el 60% de las pacientes con quimioterapia y el 72,4% de las que debían recibir radioterapia tuvieron demoras mayores a 60. Entre las pacientes con tumores localmente avanzados que debían recibir quimioterapia neoadyuvante, el 82,3% tuvo demoras mayores a los 30 días para iniciar el tratamiento, y el 88% demoró más de un mes en concretar la cirugía definitiva. Ninguna de las pacientes con estadio IV comenzó el tratamiento antes de los 30 días.

TABLA 2. Características clínicas de las pacientes.

Motivo de consulta al servicio de patología mamaria	N	%
Alteración mamográfica	13	21
Hallazgo en la palpación	38	61,3
Referidas con biopsia positiva	7	11,3
Secreción por pezón	2	3,2
Otro	2	3,2
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Sí	19	30,6
No	43	69,4
Estadio		
0	6	9,7
I	13	21
II	22	35,5
III	12	19,4
IV	8	12,9
Sin dato	1	1,6
Inmunoquímica		
Receptores hormonales positivos	48	77,4
Triple negativo	12	19,3
Her 2 Neu positivo	7	11,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de los hospitales participantes en el estudio.

La duración de los tratamientos quimioterápicos y de la radioterapia (tiempo 4) excedió los parámetros esperados en un 38,1% y 25,6%, respectivamente, lo cual revela problemas para completar dichos tratamientos en tiempos óptimos.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad compleja, cuyo manejo requiere la participación de múltiples especialistas y tecnologías, involucrados a su vez en múltiples etapas del proceso de atención. Los diversos servicios deben estar bien coordinados para evitar discontinuidades y reducir posibles demoras.

Según la información relevada, este es el primer estudio que analiza los tiempos en el proceso de atención de las pacientes con cáncer de mama en Argentina. Ayuda a diagnosticar un problema que afecta la calidad de atención y la satisfacción de las pacientes.²⁸ Pese a sus limitaciones, permite observar demoras en todas las etapas del proceso de atención y, en particular, en las mujeres con diagnósticos en estadios más avanzados.

Una de las limitaciones de este estudio es el reducido número de casos y el hecho de que se incluyó exclusivamente a pacientes atendidas en el subsistema público. Otra es la imposibilidad de estimar el tiempo desde la aparición del signo o síntoma hasta la primera consulta con el sistema de salud (tiempo 1) debido a la falta de registros en las fuentes hospitalarias consultadas. Sin embargo, como se ha mencionado, a través del componente cualitativo del estudio se pudo obtener una aproximación a este tiempo utilizando como fuente a las propias mujeres.

Existen controversias en la literatura sobre cuáles son los tiempos óptimos en el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama que permitirían mejorar la sobrevida. De todos modos, las guías de los programas de

control adoptan parámetros para orientar el funcionamiento de los servicios. También en este terreno se observan diferencias. Por ejemplo, las guías europeas de tamizaje mamográfico²⁹⁻³¹ recomiendan que desde la obtención de un resultado anormal en la mamografía hasta la realización de las pruebas de valoración adicional no transcurran más de cinco días y que desde la realización de las pruebas de valoración adicional hasta la comunicación de los resultados finales tampoco pasen más de cinco días. En ningún caso los períodos de espera deberían superar las dos semanas.

En cuanto al impacto de las demoras, la evidencia muestra que afectan negativamente los resultados. Una espera de más de 60 días para iniciar el tratamiento después del diagnóstico de cáncer de mama se asocia con un aumento significativo de riesgo de muerte en pacientes con estadios avanzados. Sin embargo, en estadios tempranos este tiempo de espera no influiría de la misma manera.¹⁴ Varios estudios poblacionales intentaron explicar si la demora en realizar una cirugía con intento curativo en las pacientes con cáncer de mama se asociaba con un aumento de la recaída loco-regional y/o con una disminución de sobrevida global.³²⁻³⁵ Uno de estos estudios, realizado en pacientes con cáncer de mama operable, encontró que un intervalo de más de 12 semanas entre el diagnóstico y la cirugía podría estar asociado con una disminución de la supervivencia para las pacientes con una presentación mamográfica, pero parecería no tener ningún efecto sobre la supervivencia de las pacientes con un tumor mamario palpable.³⁴ Finalmente, un estudio retrospectivo demostró que las pacientes con una cirugía demorada más de 30 días y un inicio de la quimioterapia adyuvante demorado más de 60 sufrían un impacto negativo en la sobrevida global.¹³

El tiempo al inicio de la quimioterapia post-cirugía para obtener el máximo beneficio continúa siendo controversial,

TABLA 3. Tiempos y demoras en el proceso de atención de las pacientes incluidas en el estudio.

Tiempo (T)	Tiempo óptimo (días)*	Número de mujeres	Promedio (días)	Mediana (días)	Rango (días)	Tiempo óptimo n (%)	Demoras n (%)	Demoras severas n (%)†
Tiempo 2: Desde la fecha de la mamografía y/o ecografía a la fecha del diagnóstico histológico								
Mamografía y/o ecografía a DX	30	59	117,9	89	1-632	12 (20,3)	47 (79,7)	38 (64,4)
Tiempo 3: Desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento								
DX a CX	30	37	37,6	27,5	0-158	20 (54)	17 (46)	9 (24,3)
DX a inicio de QMT NEO	30	17	49,6	43,5	7-152	3 (17,7)	14 (82,3)	4 (23,5)
DX a inicio del tratamiento en estadio IV	30	8	48	38	33-89	0 (0)	8 (100)	1 (12,5)
Fin de QMT NEO a CX	30	17	73	55	29-175	2 (11,8)	15 (88,2)	8 (47)
CX a QMT ADY	60	20	68,7	72	31-151	8 (40)	12 (60)	0 (0)
CX a RDT (sin QMT ADY)	60	29	83	71	18-202	8 (27,6)	21 (72,4)	0 (0)
Fin de QMT ADY a RDT	30	14	46	38	0-147	12 (85,7)	2 (14,3)	0 (0)
CX a HT (sin QMT y sin RDT)	30	5	120	100	55-83	0 (0)	5 (100)	4 (80)
Fin QMT adyuvante a HT	30	5	138	110	35-376	0 (0)	5 (100)	3 (60)
Tiempo 4: Duración de quimioterapia y/o radioterapia								
Duración QMT adyuvante	180	21	149	159	63-260	13 (61,9)	8 (38,1)	0 (0)
Duración RDT	60	43	53	53	13-117	32 (74,4)	11 (25,6)	0 (0)

* De acuerdo con lo recomendado por el Programa Nacional de Cáncer de Mama; † Definido como el doble del tiempo considerado como óptimo. Abreviaturas: DX = diagnóstico, QMT = quimioterapia, ADY = adyuvante, NEO = neoadyuvante, RDT = radioterapia, CX = cirugía, HT = hormonoterapia. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de los hospitales participantes en el estudio.

con un rango que va de 2 a 12 semanas.^{14,36,37} Sin embargo una revisión sistemática publicada recientemente reportó una disminución de la sobrevida global del 15% por cada 4 semanas que se retrasa el inicio de la quimioterapia y del 32% cuando la demora supera las 12 semanas.³⁸

El tiempo de espera para el inicio de la radioterapia también fue ampliamente estudiado.³⁹⁻⁴¹ La mayoría de las investigaciones sobre las demoras concluyeron que hay una relación directamente proporcional entre el inicio del tratamiento y la recurrencia local. Se considera que las pacientes que no realizan quimioterapia y que inician la radioterapia después de las 8 semanas de la cirugía tienen un mayor riesgo de recidiva local.

La evidencia muestra que los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama afectan los resultados. Por esta razón, la reducción de las demoras es un objetivo clave para cualquier estrategia de control.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio permitió evaluar una dimensión crítica en el proceso de atención de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. La estimación de los tiempos de este proceso y su peso relativo en cada etapa, así como la estimación de las demoras observadas en función de los parámetros establecidos por el Programa Nacional de Cáncer de Mama, ofrecen información esencial para orientar el diseño de intervenciones (como la estrategia de navegación de pacientes) orientadas a reducir esas demoras y así mitigar sus efectos negativos sobre los resultados y la satisfacción de las mujeres con la atención. Al mismo tiempo, el estudio ofrece una metodología probada que puede ser eventualmente replicada en otros sitios como etapa preliminar para la decisión de la introducción de ese tipo de intervención. En tal sentido, este estudio pionero permitirá construir un diagnóstico de base del problema de las demoras en el proceso de atención de las mujeres con cáncer de mama, identificar necesidades y oportunidades para la introducción de una estrategia de navegación (probada en otros países con resultados positivos) y, eventualmente, escalar esa estrategia a otras localidades del país, una vez que haya

sido diseñada, implementada y evaluada en los sitios donde se ha iniciado esta línea de trabajo. Con ello, el Programa Nacional de Cáncer de Mama dispondrá de una estrategia diseñada, basada en la evidencia y con metodología probada para incorporarla como objetivo estratégico de su plan para el control de la enfermedad en Argentina.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La navegación interviene sobre el proceso de atención de la salud con objetivos diversos, como la mejora en las tasas de detección del cáncer, la adherencia al tratamiento y la satisfacción de la paciente mediante la reducción de las barreras. Los programas de navegación pueden variar, y su diseño debe estar basado en las características particulares que se observen en la población y la dinámica de los servicios de salud. Habitualmente, la función de la navegadora puede recaer en personas con diferente formación educativa (agentes comunitarias, enfermeras o trabajadoras sociales). Este estudio ofrece información valiosa para orientar la formación de un perfil diferente de recurso humano para el sistema de salud. Argentina cuenta con escasas experiencias del uso sistemático de la intervención de navegadoras en el campo del control del cáncer. El diagnóstico acerca de dónde se concentran las demoras y de qué magnitud son es un insumo para diseñar un programa de formación.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los resultados de este estudio son los primeros en demostrar la existencia de demoras en el proceso de atención de las mujeres con cáncer de mama en dos hospitales seleccionados del subsector público de Argentina. A partir de su metodología y la información producida, es necesario, por un lado, extender este tipo de estudios a otras instituciones y regiones del país y, por el otro, diseñar y evaluar intervenciones tendientes a mejorar los tiempos utilizados en cada etapa del proceso de diagnóstico y tratamiento (en particular, la estrategia de navegación). En este sentido, el estudio contribuye a ampliar la agenda de investigación sobre temas prioritarios en el país en materia de control de cáncer.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Mignini L, Ramos S, Pesce V, Tabares G, Straw C, Romero I, y col. Demoras en el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama en dos hospitales públicos de la provincia de Santa Fe. Rev Argent Salud Pública. 2016; Jun;7(27):21-26.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-E386.
- 2 Anderson BO. Breast Cancer-Thinking Globally. *Science*. 2014;343(6178):1403.
- 3 Cazap E, Distelhorst SR, Anderson BO. Implementation Science and Breast Cancer Control: A Breast Health Global Initiative (BHGI) Perspective from the 2010 Global Summit. *Breast*. 2011;20(Sup. 2):S1-S2.
- 4 Harford JB, Otero IV, Anderson BO, Cazap E, Gradishar WJ, Gralow JR, et al. Problem Solving for Breast Health Care Delivery in Low and Middle Resource Countries (LMCs): Consensus Statement from the Breast Health Global Initiative. *Breast*. 2011;20(Sup. 2):S20-S29.
- 5 Marques CAV, Gutierrez MGR, Figueredo EN. Políticas saúde pública para o controle de câncer de mama no Brasil. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(2):271-8.
- 6 Viniestra M, Paolino M, Arrosi 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. Organización Panamericana de la Salud; 2010. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/publicaciones>] [Último acceso: 20 de agosto de 2016]
- 7 Rossi S, Cinini C, Di PC, Lombardi CP, Crucitti A, Bellantone R, et al. Diagnostic Delay in Breast Cancer: Correlation with Disease Stage and Prognosis. *Tumori*. 1990;76(6):559-562.
- 8 Harris JR, Lippman ME, Osborne CK, Morrow M. *Diseases of the Breast*. Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 2886.
- 9 Chin MH, Clarke AR, Nocon RS, Casey AA, Goddu AP, Keesecker NM, et al. A Roadmap and Best Practices for Organizations to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *J Gen Intern Med*. 2012;27(8):992-1000.
- 10 Unger-Saldana K, Infante-Castaneda C. Delay of Medical Care for Symptomatic Breast Cancer: A Literature Review. *Salud Publica Mex*. 2009;51(Sup.2):s270-s285.
- 11 Unger-Saldana K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Ratchelous F, Bargallo-Rocha E, Miguel Lazaro-Leon J. Health System Delay and its Effect on Clinical Stage of Breast Cancer: Multicenter Study. *Cancer*. 2015;121(13):2198-206.
- 12 Gagliato DM, Gonzalez-Angulo AM, Lei X, Theriault RL, Giordano SH, Valero V, et al. Clinical Impact of Delaying Initiation of Adjuvant Chemotherapy in Patients with Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(8):735-744.
- 13 Lohrisch C, Paltiel C, Gelmon K, Speers C, Taylor S, Barnett J, et al. Impact on Survival of Time from Definitive Surgery to Initiation of Adjuvant Chemotherapy for Early-Stage Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24(30):4888-4894.
- 14 McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED. Effect on Survival of Longer Intervals between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation among Low-Income Women with Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(36):4493-4500.
- 15 Tejeda S, Darnell JS, Cho Yi, Stolley MR, Markossian TW, Calhoun EA. Patient Barriers to Follow-Up Care for Breast and Cervical Cancer Abnormalities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(6):507-517.
- 16 Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Health Care Access Barriers and Facilitators: A Qualitative Systematic Review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223-229.
- 17 Freeman HP, Chu KC. Determinants of Cancer Disparities: Barriers to Cancer Screening, Diagnosis, and Treatment. *Surg Oncol Clin N Am*. 2005;14(4):655-69.
- 18 Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara JG. A Systematic Review of Barriers to Breast Cancer Care in Developing Countries Resulting in Delayed Patient Presentation. *J Oncol* 2012;121873. doi: 10.1155/2012/121873. Epub 2012 Aug 22
- 19 Raj A, Ko N, Battaglia TA, Chabner BA, Moy B. Patient Navigation for Underserved Patients Diagnosed with Breast Cancer. *Oncologist*. 2012;17(8):1027-1031.
- 20 Ramirez AG, Perez-Stable EJ, Penedo FJ, Talavera GA, Carrillo JE, Fernandez ME, et al. Navigating Latinas with Breast Screen Abnormalities to Diagnosis: The Six Cities Study. *Cancer*. 2013;119(7):1298-1305.
- 21 Basu M, Linebarger J, Gabram SG, Patterson SG, Amin M, Ward KC. The Effect of Nurse Navigation on Timeliness of Breast Cancer Care at an Academic Comprehensive Cancer Center. *Cancer*. 2013;119(14):2524-2531.
- 22 Freeman HP, Rodriguez RL. History and Principles of Patient Navigation. *Cancer*. 2011;117(15 Supl.):3539-3542.
- 23 Battaglia TA, Bak SM, Heeren T, Chen CA, Kalish R, Tringale S, et al. Boston Patient Navigation Research Program: The Impact of Navigation on Time to Diagnostic Resolution after Abnormal Cancer Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(10):1645-1654.
- 24 Parker VA, Lemak CH. Navigating Patient Navigation: Crossing Health Services Research and Clinical Boundaries. *Adv Health Care Manag*. 2011;11:149-183.
- 25 Cantril C, Haylock PJ. Patient Navigation in the Oncology Care Setting. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):76-90.
- 26 Gabitova G, Burke NJ. Improving Healthcare Empowerment through Breast Cancer Patient Navigation: A Mixed Methods Evaluation in a Safety-Net Setting. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:407.
- 27 Guía programática abreviada. Documento técnico para referentes del programa. Programa Nacional de Cáncer de Mama. Instituto Nacional del Cáncer; 2015. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000664cnc-49-Manual_programatico2015.pdf] [Último acceso: 17 de agosto de 2016].
- 28 Molina-Barcelo A, Salas TD, Miranda GJ. Women's Satisfaction with Waiting Times for Further Investigation in Breast Cancer Screening. *Gac Sanit*. 2011;25(5):357-362.
- 29 GIOVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation), Italia. Reducing Diagnostic Delay in Breast Cancer. Possible Therapeutic Implications. *Cancer*. 1986;58(8):1756-1761.
- 30 Cancer Waiting Time: A Guide; 2000 [Disponible en: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/nhais/cancerwaiting/documention>] [Último acceso: 20 de agosto de 2016]
- 31 Improving Outcomes in Breast Cancer - Manual Update; 2015. [Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action = download&o = 28763>] [Último acceso: 20 de agosto de 2016]
- 32 Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Ross E, Wong YN, Patel SA, et al. Preoperative Delays in the US Medicare Population with Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(36):4485-4492.
- 33 Redaniel MT, Martin RM, Cawthorn S, Wade J, Jeffreys M. The Association of Waiting Times from Diagnosis to Surgery with Survival in Women with Localised Breast Cancer in England. *Br J Cancer*. 2013;109(1):42-49.
- 34 Vujovic O, Yu E, Cherian A, Perera F, Dar AR, Stitt L, et al. Effect of Interval to Definitive Breast Surgery on Clinical Presentation and Survival in Early-Stage Invasive Breast Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;75(3):771-774.
- 35 Wagner JL, Warneke CL, Mittendorf EA, Bedrosian I, Babiera GV, Kuerer HM, et al. Delays in Primary Surgical Treatment Are Not Associated with Significant Tumor Size Progression in Breast Cancer Patients. *Ann Surg*. 2011;254(1):119-124.
- 36 Cold S, During M, Ewertz M, Knoop A, Moller S. Does Timing of Adjuvant Chemotherapy Influence the Prognosis after Early Breast Cancer? Results of the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Br J Cancer*. 2005;93(6):627-632.
- 37 Rayson D, Saint-Jacques N, Younis T, Meadows J, Dewar R. Comparison of Elapsed Times from Breast Cancer Detection to First Adjuvant Therapy in Nova Scotia in 1999/2000 and 2003/04. *CMAJ*. 2007;176(3):327-332.
- 38 Yu KD, Huang S, Zhang JX, Liu GY, Shao ZM. Association between Delayed Initiation of Adjuvant CMF or Anthracycline-Based Chemotherapy and Survival in Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Cancer*. 2013;13:240.
- 39 Cefaro GA, Genovesi D, Marchese R, Di TM, Di FF, Ballone E, et al. The Effect of Delaying Adjuvant Radiation Treatment after Conservative Surgery for Early Breast Cancer. *Breast J*. 2007;13(6):575-580.
- 40 Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The Relationship between Waiting Time for Radiotherapy and Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Radiother Oncol*. 2008;87(1):3-16.
- 41 Downing A, Gilthorpe MS, Dodwell D, Lawrence G, Forman D. Waiting Times for Radiotherapy after Breast-Conserving Surgery and the Association with Survival: A Path Analysis. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011;23(7):442-448.