

LA INICIATIVA GLOBAL DE SALUD DE LA MAMA

El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas

Benjamin O. Anderson, MD,^{*,‡} Cheng-Har Yip, MD,[†] Scott Ramsey, MD, PhD,[‡] Raphael Bengoa, MD,[§] Susan Braun, MA,[¶] Margaret Fitch, RN, PhD,^{**} Martijn Groot, MSc,^{††} Helene Sancho-Garnier, MD,^{‡‡} y Vivien D. Tsu, PhD^{§§} a nombre del Grupo de Expertos sobre Atención de Salud y Políticas Públicas de la Cumbre Mundial de 2005, BHGI

**University of Washington, Seattle, Washington, Estados Unidos †University of Malaya Medical Center, Kuala Lumpur, Malasia; ‡Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington, Estados Unidos §Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza ¶Susan G. Komen Breast Cancer Foundation, Dallas, Texas, Estados Unidos **Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre, and Supportive Care, Cancer Care Ontario, Toronto, Canadá; ††Erasmus University Medical Centre Rotterdam, Rotterdam, Países Bajos; ‡‡Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), Ginebra, Suiza, y Centro Regional contra el Cáncer, Montpellier, Francia; y §§Program for Appropriate Technology in Health, Seattle, Washington, Estados Unidos*

■ **Resumen:** El cáncer de mama afecta a países de todos los niveles de desarrollo económico, ya que es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de todo el planeta. A pesar de los notables adelantos en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, los ministerios de salud afrontan retos de diversos órdenes para crear y apoyar programas de atención de salud que puedan mejorar el desenlace en el cáncer de mama. Además de los problemas financieros y de organización inherentes a cualquier sistema de atención de salud, los programas de salud mamaria enfrentan obstáculos por la falta de reconocimiento del cáncer como una prioridad de salud pública, la escasez y la migración del personal sanitario capacitado, las deficiencias en la educación del público y de los proveedores de asistencia sanitaria, y las barreras sociales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer. No hay ningún sistema de atención de salud perfecto, aun en los países más ricos. Debido a las inevitables limitaciones económicas y prácticas, todos los sistemas de atención de salud se ven obligados a buscar un equilibrio entre cuatro factores: el acceso a la atención, el alcance del servicio, la calidad de la atención y la contención de los costos. Ante la búsqueda de dicho equilibrio, las normativas pueden definir métodos estratificados que ayuden a poner en práctica mejoras graduales y económicamente realistas, de manera secuencial, dentro del contexto de las limitaciones de recursos, a fin de mejorar la atención de salud de la mama. Los programas “verticales”, específicos por enfermedad, requieren una integración “horizontal” con los sistemas de atención de salud ya existentes en los países con recursos limitados. En la Conferencia Cumbre de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (conocida por la sigla BHGI), el grupo de expertos sobre atención de salud y políticas públicas definió un marco estratificado, que esboza las intervenciones recomendadas para atención de salud de la mama dentro de cada uno de cuatro niveles graduales de recursos: básico, limitado, amplio y máximo. La reasignación de los recursos con que se cuenta y la integración de un programa de atención de salud mamaria a los programas y la infraestructura ya existentes pueden mejorar los desenlaces de una manera eficiente. Los encargados de formular las políticas públicas pueden usar este marco de referencia adaptable como una herramienta para planificar, programas y diseñar investigaciones, a fin de aprovechar de manera óptima los recursos disponibles para mejorar la atención de salud de mamaria en entornos de recursos limitados. ■

Palabras Clave: asignación de recursos, cáncer de mama, cáncer mamario, normativas basadas en evidencias, países de bajos recursos, planificación de salud, política sanitaria, prestación de la atención de salud, racionamiento de la atención de salud, reforma del sector de la salud

Dirección para correspondencia y solicitud de reimpresiones: Benjamin O. Anderson, MD, Department of Surgery, Box 356410, University of Washington, Seattle, WA 98195, Estados Unidos de América; o, correo electrónico: banderso@u.washington.edu.

En los países de recursos altos y con sistemas de atención de salud bien establecidos, se han logrado mejoras sustanciales para reducir la mortalidad por cáncer de mama en las últimas décadas (1,2). En comparación con países de medianos y bajos recursos, cuyos sistemas de atención de salud suelen carecer de algunos elementos fundamentales de infraestructura (3), los países con sistemas de atención de salud bien financiados tienen tasas mayores de incidencia de cáncer mamario, pero también tienen mejores tasas generales de supervivencia en las pacientes que lo padecen (4). La detección temprana del cáncer de mama y un tratamiento integral parecen tener un efecto sinérgico para lograr un mejor desenlace en estos países (5). En cambio, las tasas de mortalidad por cáncer de mama son las más altas en los países económicamente desfavorecidos, donde la supervivencia se acorta debido a lo avanzado del padecimiento al momento del diagnóstico, junto con la escasez de recursos para proporcionar el tratamiento anticanceroso convencional (6,7). Aún en las mejores circunstancias, es difícil y costoso tratar a las mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados, el cual tiene mayores probabilidades de un desenlace desfavorable sea cual fuere el tratamiento.

Los ministerios de salud de los países con recursos limitados enfrentan barreras de organización, financieras y culturales que menoscaban su capacidad para crear y apoyar programas de atención de salud mamaria. Las normativas para la atención de salud mamaria de las regiones económicamente privilegiadas son poco aplicables en los entornos de recursos limitados, lo que pone de manifiesto la necesidad de contar con normativas modificadas que tengan en cuenta las ubicuas deficiencias en la infraestructura y los recursos, los sustanciales costos de ejecución y las otras necesidades de atención de salud que compiten por los recursos. En octubre de 2002, se celebró la Conferencia Cumbre Mundial de Consenso en Seattle, Washington, para formular las recomendaciones para el tratamiento del cáncer de mama en los países con recursos limitados. Los grupos de expertos hicieron notar que, dentro de cualquier sistema de atención de salud, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento son aspectos que están inextricablemente vinculados (8). La detección temprana del cáncer de mama es inútil si no se cuenta con el tratamiento anticanceroso. A su vez, el tratamiento para el cáncer curable no puede ni debe iniciarse hasta que se tenga

un diagnóstico anatomopatológico definitivo (9). El tratamiento es más costoso y menos exitoso cuanto más avanzado está el cáncer al momento del diagnóstico (10). Así pues, las deficiencias que afectan a todo el sistema pueden hacer que el cáncer de mama parezca difícil o imposible de tratar, a pesar de los éxitos logrados en los países desarrollados con los protocolos convencionales de tratamiento, que combinan la cirugía, la radioterapia y el tratamiento sistémico, para reducir en más de la mitad las tasas de recurrencia del cáncer (11).

La detección temprana del cáncer de mama es un área de interés fundamental, porque los cánceres en estadios iniciales tienen un mejor pronóstico con tratamientos que son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. En la Cumbre Mundial de 2002, se propuso un plan de acción secuencial que vinculaba la detección temprana con un mejor desenlace: 1) fomentar la decisión y el derecho de las mujeres a obtener atención de salud; 2) crear la infraestructura para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama; 3) instituir medidas para la detección temprana, mediante la educación y la concientización sobre el cáncer de mama; y 4) cuando los recursos lo permitan, ampliar las medidas de detección temprana para incluir el tamizaje mamográfico (12). Aunque este protocolo resulta atractivamente lógico, su ejecución depende de la capacidad de organización, la asignación de recursos y el “convencimiento” institucional del sistema de atención de salud en el cual se aplica. Por este motivo se decidió que, en la segunda ronda de formulación de normativas celebrada en 2005, era necesario dirigir especial atención a los sistemas de atención de salud, para definir con mayor claridad los obstáculos que enfrentan los ministerios de salud, a fin de poder trazar rutas para mejorar. El presente informe resume el resultado de los trabajos de consenso del Grupo de expertos sobre atención de salud y políticas públicas.

MÉTODOS

Un grupo internacional de expertos en cáncer de mama y promotores de la causa se reunió en Bethesda (Maryland), EUA, del 12 al 15 de enero de 2005, a fin de formular recomendaciones de consenso sobre sistemas de atención de salud y políticas públicas en lo relativo a la atención de la salud mamaria en los países con recursos limitados. Por las mañanas, los participantes de la cumbre hicieron presentaciones

sobre temas afines y sobre los sistemas y políticas actuales, así como las barreras en aquellas partes del mundo donde los recursos son muy limitados. Por las tardes, el Grupo de expertos sobre atención de salud y políticas públicas, un subgrupo de los participantes en la conferencia, examinó las evidencias actuales; debatió sobre los sistemas y las estrategias de política constreñidos por los recursos limitados; y redactó una serie de recomendaciones preliminares. El grupo de expertos, que representaba a nueve países con niveles de recursos que abarcaban toda la gama, siguió un proceso similar al de la primera conferencia cumbre de la BHGI (8), basado en los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) para abordar la atención del cáncer de mama en los países con recursos limitados (a saber, con recursos bajos o medianos).

Uno de los objetivos del grupo de expertos era hacer recomendaciones específicas acerca de la estratificación de los recursos en cuanto a los sistemas de atención de salud y las políticas públicas. El esquema de estratificación específica cuatro niveles: básico, limitado, amplio y máximo. Estos niveles se refieren a los servicios y establecimientos que se emplean en una unidad sanitaria (por ejemplo, una comunidad, ciudad o región), y no necesariamente en todo un país; los diferentes niveles se concibieron como coexistentes dentro de un mismo país.

Los métodos empleados se describen más detalladamente en el artículo sobre la sinopsis de la Cumbre que acompaña a este (13). El resultado final del trabajo del Grupo de expertos sobre atención de salud y políticas públicas es la materia del presente informe.

RESULTADOS

Retos Para la Atención del Cáncer

Los países con recursos limitados afrontan numerosos retos al diseñar y aplicar programas para mejorar la atención del cáncer. Aunque las restricciones económicas son una barrera obvia que impide mejorar los desenlaces en el cáncer de mama, los ministerios de salud encaran varios otros obstáculos, tales como 1) la falta de información científica y epidemiológica sobre la cual basar la planificación de los recursos; 2) una escasez de profesionales capacitados para prestar la atención clínica necesaria; 3) las crisis en materia de asistencia sanitaria, la inseguridad política, las guerras

o combinaciones de las anteriores, que no permiten dedicarse a los temas de atención de salud a largo plazo; y 4) los factores sociales y culturales que dificultan la prestación oportuna y eficaz de la atención médica (3). En particular, las medidas tendientes a una detección temprana se dificultan por los prejuicios e ideas erróneas que tiene el público acerca del cáncer de mama, a consecuencia de las cuales, las mujeres se sienten temerosas o renuentes a solicitar atención cuando notan los primeros síntomas(14).

Obstáculos de organización a la prestación de la atención de salud Los sistemas de atención de salud en los países con recursos limitados por lo general están saturados y mal financiados, con deficiencias estructurales que les impiden alcanzar sus metas. Aunque 75% de la población del mundo vive en países de ingresos bajos y medianos, sólo 6% del gasto nacional bruto de esos países se destina a la atención de salud (15). Los países con recursos limitados adolecen de una falta de personal médico capacitado, establecimientos inadecuados, financiamiento insuficiente para equipo y suministros e inequidad en el acceso a la asistencia entre las poblaciones rurales y urbanas (16,17).

Normalmente, las asignaciones de presupuesto para la atención de salud son producto de una respuesta ante las crisis, en lugar de surgir de una planificación estratégica a largo plazo, o siquiera a mediano plazo. Una gestión ineficiente de la atención de salud y estructuras gubernamentales desorganizadas contribuyen a las cargas financieras que afronta la atención de salud (18). Además, la distribución de los recursos a menudo se basa más en procedimientos burocráticos o metas políticas que en una política coherente de salud pública (19). La desorganización intrínseca en el sistema público de atención de salud hace difícil o imposible que las mujeres reciban una atención apropiada y oportuna, y con frecuencia se carece de los componentes esenciales de la infraestructura para la atención de salud y de los recursos necesarios para brindar una mejor atención del cáncer de mama (20). Estas diversas barreras se combinan sinérgicamente para impedir un diagnóstico y un tratamiento eficaz del cáncer en general y del cáncer de mama en particular.

Falta de reconocimiento del cáncer como un tema primordial de salud pública En los países con recursos limitados, el cáncer no suele ser una

prioridad declarada en material de gasto para la atención de salud. Ya que las enfermedades infecciosas por lo general predominan en los programas de atención de salud de esos países, las actividades de lucha contra el cáncer a menudo quedan rezagadas con respecto a otras prioridades de las autoridades sanitarias nacionales. A pesar de que la mayoría de los cánceres son curables si se detectan y se tratan en su fase inicial, cerca de 80% de los pacientes con cáncer en los países en desarrollo ya están en una etapa avanzada al momento del diagnóstico (16).

Los países con recursos limitados comúnmente carecen de datos poblacionales sobre incidencia y mortalidad del cáncer, lo cual contribuye a que no se le reconozca como un reto importante para la atención de salud (21). Los ministerios de salud cuentan con poca información basada en evidencias sobre la mejor manera de abordar el cáncer en sus países. Los resultados de los estudios realizados en poblaciones de los países ricos pueden no ser muy pertinentes o aplicables en entornos de recursos limitados, debido a las diferencias en factores sociales y culturales, modos de vida y tecnología disponible (22), entre otros aspectos.

Si bien el cáncer puede tener una baja prioridad en los programas de atención de salud formales, inevitablemente se gastan recursos en él, cuando los pacientes solicitan atención para el cáncer en estadios avanzados. Tal uso no planificado de los recursos puede no solo acompañarse de un desenlace más desfavorable, sino también ser más costoso que el uso planificado y sistemático (23). Conforme las enfermedades infecciosas se controlan mejor y la población envejece en los países de bajos recursos, el cáncer se convierte en un problema creciente de salud pública (2,24). Como el cáncer es una carga social y de atención de salud inevitable, y como su incidencia va en aumento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recientemente aprobó una importante y amplia resolución para la Prevención y el Control del Cáncer que crea un mandato para que los países miembros y el Director General de la propia organización aborden la atención del cáncer, lo cual entraña la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de los síntomas del cáncer en todo el mundo (25). Este llamado a los países para luchar contra el cáncer es una nueva oportunidad para que los ministros hagan del cáncer

en general, y del cáncer de mama en particular, un tema central de la atención de salud en sus naciones.

Escasez de personal Reclutar, adiestrar y retener a los profesionales de la asistencia sanitaria es un problema muy difícil en los países con recursos limitados. Hay pocos médicos, enfermeras y personal de atención paramédica, y a menudo hacen más falta en las regiones con mayores necesidades de atención de salud (26). Los fondos no alcanzan para equipar del todo los hospitales y pagar sueldos competitivos al personal de salud apropiadamente capacitado. Los países con recursos limitados a menudo son incapaces de brindar a sus profesionales oportunidades para el desarrollo laboral y para obtener una remuneración adecuada. Carecen de la infraestructura requerida para que los profesionales desempeñen su trabajo, lo que ocasiona frustración y desencanto con el sistema. En conjunto, estos factores hacen difícil atraer personal nuevo y retener al que ya se ha capacitado.

Si bien la escasez de recursos humanos abarca todas las áreas de la medicina, esto se ejemplifica particularmente con la enfermería a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que, en 2004, la proporción de enfermeras por habitantes variaba entre los diversos países, desde menos de 10 enfermeras por cada 100.000 habitantes (Uganda, Liberia) hasta más de 1.000 enfermeras por cada 100.000 habitantes (Noruega, Finlandia), una diferencia de más de 200 veces (27). La proporción promedio en Europa, la región con la penetración más alta, es 10 veces mayor que la de las regiones con las proporciones más bajas —África y Asia Sudoriental—, y la cifra en América del Norte es 10 veces mayor que en América del Sur. De manera análoga, la proporción promedio en los países con ingresos altos es casi ocho veces mayor que en los países con ingresos bajos (26). La brecha entre los pudientes y los desposeídos en cuanto al personal de atención de salud es muy amplia.

Pérdida de Los Profesionales de la Asistencia Sanitaria Por Migración Además de la escasez inherente de recursos humanos, hay un problema de migración de los profesionales de la asistencia sanitaria de las zonas rurales a las urbanas y de los países pobres a otros más ricos, o de tránsito del sector público de la salud al sector privado (28). La

pérdida de profesionales capacitados de la asistencia sanitaria por migración a otros países a menudo se denomina *fuga de talentos* (o *fuga de cerebros*), ya que los profesionales son atraídos activamente por los países ricos que ofrecen mejores oportunidades. Esta pérdida también podría denominarse *éxodo científico*, dado que los profesionales a veces huyen de un sistema que no puede ofrecerles una carrera viable, en correspondencia con su capacitación, ni posibilidades de desarrollo profesional. Por lo anterior, tanto los países de recursos bajos como altos intervienen en este fenómeno de migración (29).

La migración de las enfermeras (o enfermeros) al exterior afecta gravemente a ciertos países de bajos recursos (30). Las aspirantes a enfermeras que cruzan las fronteras nacionales a menudo son relativamente jóvenes, están bien capacitadas y su adiestramiento es costoso. Los factores que atraen a las enfermeras hacia los países de destino son una mayor paga y mejores oportunidades profesionales y educativas. Los factores que las impulsan a salir de los países de origen son los bajos sueldos, las malas perspectivas profesionales y, en algunos países, la inestabilidad política y la violencia. Una recopilación inadecuada de la información sobre fuerza laboral hace difícil cuantificar la migración de enfermeras a otros países, en comparación con el desempleo o el subempleo de las enfermeras dentro del propio país (29).

La práctica del reclutamiento activo de trabajadores sanitarios por parte de países con mayores recursos ha generado controversias en los últimos años, debido a que esto podría exacerbar la emigración desde algunos países con recursos limitados (31). En el caso de la enfermería, un motor del creciente reclutamiento internacional ha sido la escasez de enfermeras, cada vez más aguda, en el mercado de trabajo de los países desarrollados. Un mismo idioma, los programas de estudios compartidos y los vínculos poscoloniales entre países suelen ser los factores que determinan qué países de bajos recursos están en la mira de tales programas de reclutamiento (26,29).

Barreras Sociales y Culturales a La Atención del Cáncer Diversas barreras, además de las económicas, obstaculizan la detección temprana y el tratamiento eficaz del cáncer en los entornos de recursos limitados. Entre ellas hay un sinnúmero de creencias y tabúes de tipo étnico y cultural, que pueden variar entre

diferentes países, religiones y culturas (32). No reconocer estos obstáculos internos puede condenar al fracaso a cualquier programa de atención del cáncer, aun cuando se le asignen recursos suficientes (14). Si las pacientes no confían en su sistema de atención de salud, creen que el cáncer no se cura o se enfrentan a la discriminación o al rechazo en su comunidad a consecuencia del diagnóstico, es muy probable que no acudan a los servicios de atención para el cáncer, sin importar cuán accesibles y asequibles sean. Las pacientes a menudo recurrirán a curanderos y otras formas de “medicina alternativa”, pues creen que estas tienen una capacidad igual o superior para resolver los problemas graves de salud (33). Debe señalarse que este fenómeno no es exclusivo de los países de bajos recursos. En los países desarrollados, por ejemplo, es mucho menos probable que las mujeres de las minorías étnicas que viven en los barrios urbanos pobres participen en los programas gratuitos de tamizaje mamográfico, en comparación con las mujeres de los suburbios (34).

Un estudio de Filipinas recientemente publicado, que examinó la utilidad de la exploración clínica de las mamas para la detección temprana del cáncer de mama, ilustra la naturaleza crítica de los obstáculos sociales a la detección temprana del cáncer (35). El estudio filipino sobre exploración clínica de las mamas se canceló antes de lo previsto porque un sorprendente 65% de las participantes, si bien estuvieron dispuestas a someterse a la exploración clínica inicial de las mamas en ausencia de barreras logísticas y económicas, y a pesar de provenir de una población relativamente educada, se rehusó a practicarse los necesarios estudios subsecuentes de diagnóstico para determinar si las masas palpables que se les habían detectado eran cáncer. Los autores señalaron que las mujeres asisten al tamizaje para el cáncer de mama a la espera de tener un resultado negativo (36), y que dicho tamizaje no es un procedimiento estresante para aquellas con una mamografía negativa (37), pero que recibir un resultado anormal se acompaña de una considerable morbilidad psiquiátrica (38), que origina una deficiente participación en el seguimiento. Lamentablemente, el estudio no se había diseñado para determinar, como un criterio principal de valoración, qué razones llevaban a las pacientes a rehusar los estudios diagnósticos subsecuentes después de una exploración clínica positiva de las mamas. Los autores concluyeron que las creencias sobre la salud adquiridas culturalmente pueden constituir un

obstáculo formidable para el diagnóstico temprano, y que deben abordarse en primer término la concientización y el acceso, tanto para diseñar los estudios como para poner en marcha nuevos programas relacionados con la detección, el diagnóstico o el tratamiento del cáncer.

Una consecuencia trágica de que el cáncer se diagnostique en etapa avanzada es que el tratamiento no logra curar la enfermedad en la gran mayoría de los casos, lo que contribuye a propagar algunos mitos sociales comunes, como la creencia de que el cáncer es siempre mortal, sin importar la fase en que esté al momento del diagnóstico o del tratamiento (32). Si las mujeres por lo general evitan solicitar atención hasta que su enfermedad está innegablemente extendida, ellas mismas hacen realidad sus propios temores, ya que en ese punto, la enfermedad en efecto es incurable (39). Además, el cáncer de mama avanzado requiere un tratamiento más enérgico, que comprende mastectomía, quimioterapia citotóxica y radioterapia, lo que ahonda aún más los temores y las barreras que impiden a las mujeres solicitar atención. En el peor de los casos, el público llega a creer que es el tratamiento, y no el cáncer, lo que causa la muerte. Estas creencias, que son difíciles de erradicar una vez incorporadas en el tejido social, pueden minar o incluso dar al traste con todas las labores de los ministerios de salud a favor de los programas de detección temprana. Como los estigmas sociales del cáncer pueden ser tan intensos, es necesario comprenderlos a fondo antes de ejecutar cualquier estrategia mejorada en un país de recursos limitados (14).

Asignación de Recursos en la Elaboración de Programas Contra el Cáncer

Equilibrios en la Organización de Los Sistemas de Atención de Salud No hay ningún sistema de atención de salud perfecto, porque los sistemas deben buscar fórmulas conciliatorias para satisfacer las diversas necesidades de salud de la población a la que sirven. En concreto, un sistema de atención de salud debe lograr un equilibrio entre cuatro aspectos fundamentales (40–43): la equidad en el acceso a la atención, el alcance de los servicios, la calidad de la atención y la contención de los costos (Fig. 1). Inevitablemente, algunas necesidades se atenderán mejor que otras. Dada la diversidad de los sistemas de atención de salud en todo el mundo y el hecho de que

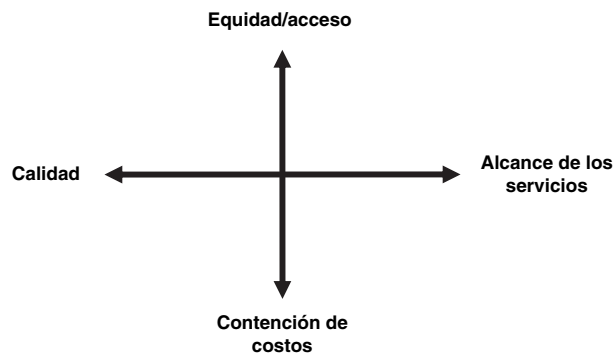


Figura 1. Los cuatro puntos universales de equilibrio en los sistemas de atención de salud.

no hay ninguno perfecto, es inadecuado clasificar a los diferentes sistemas de atención de salud en una forma lineal con una variable única. Sin embargo, los sistemas pueden clasificarse con base en varias mediciones relacionadas con la atención, como la equidad en el acceso y la calidad de vida, una práctica que puede ser útil porque ofrece puntos de referencia para la mejoría (44,45).

Establecer prioridades para la atención de salud en general, y para la atención del cáncer de mama en particular, resulta especialmente difícil en los ambientes de recursos limitados, en virtud de los muchos aspectos ya mencionados. Si se formulan normativas basadas en evidencias que estratifiquen las medidas de atención de salud en niveles específicos, y mediante propuestas programáticas basadas en estrategias de ejecución que no afecten el presupuesto (como se comenta más adelante), es posible ofrecerles a los ministerios de salud opciones realistas para planificar la prestación de los servicios de salud mamaria dentro de sus sistemas de salud pública.

Métodos Para Ejecutar Programas Específicos Por Enfermedad Hay dos enfoques generales para ejecutar nuevos programas específicos por enfermedad, como sería el caso de un programa contra el cáncer de mama: el método vertical, según el cual el programa funciona en forma paralela a otros programas específicos por enfermedad, pero separado de ellos, y el método horizontal, según el cual el programa nuevo se integra al sistema y a los programas existentes (46). El método vertical puede ser conveniente por el hecho de que se ejecute bien la atención especializada, gracias a un enfoque centrado en la enfermedad, pero

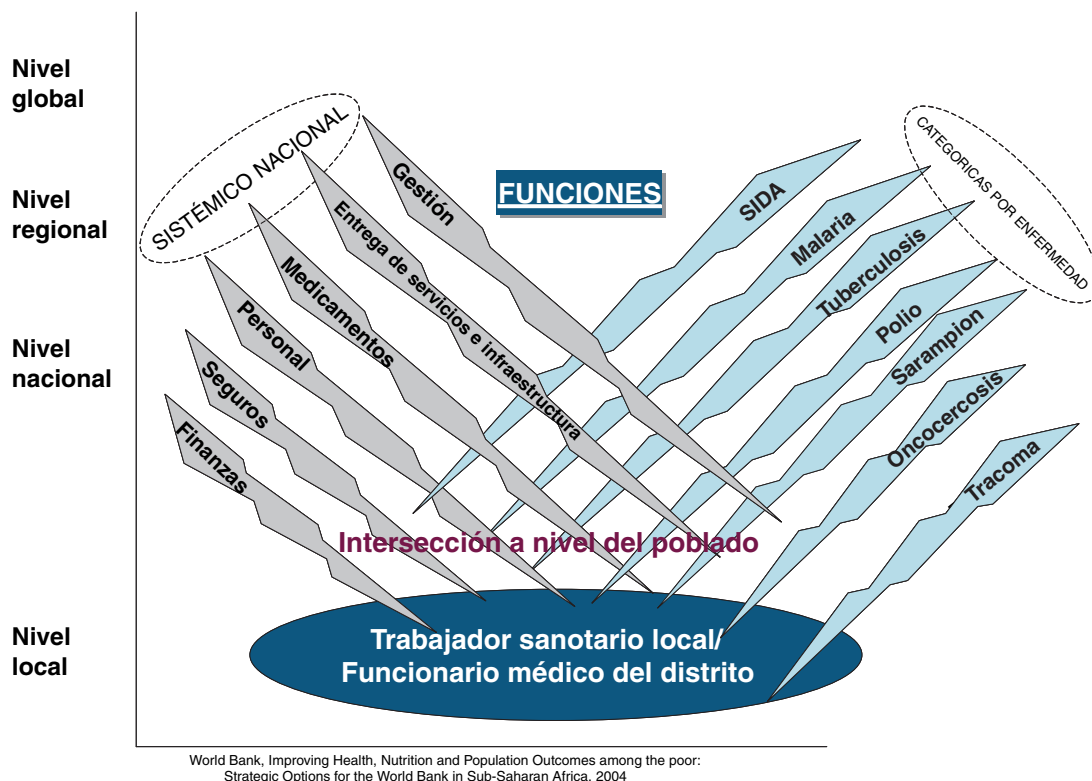


Figura 2. Representación esquemática que muestra cómo los programas específicos por enfermedad (verticales) compiten por los mismos recursos escasos a diversos niveles. (Derechos reservados 2004, Banco Mundial. Reproducido con autorización de: World Bank. *Improving Health, Nutrition, and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa: The Role of the World Bank*. Washington, DC: World Bank; 2004.)

también puede ser problemático cuando diferentes enfermedades terminan compitiendo por los mismos recursos. En un enfoque puramente vertical, tratar una enfermedad determinada puede poner en riesgo la capacidad para tratar otras cuando los recursos son escasos. En cambio, al integrar un programa nuevo dentro de una estructura coordinada común que emplee los recursos y la infraestructura ya existentes, el método horizontal permite optimizar la utilización de recursos, al tiempo que se satisfacen diversas necesidades de atención sanitaria (47). Por ejemplo, muchos países ya tienen una infraestructura implantada para otros servicios, como las enfermeras comunitarias que visitan los pueblos o aldeas para proporcionar atención de salud maternoinfantil, y un programa de atención de salud de la mamá podría superponerse a esta infraestructura. Entre la comunidad internacional dedicada a las políticas sanitarias, cada vez recibe mayor atención esta forma de combinar la prestación de un servicio con los mecanismos ya existentes de prestación eficaz de otros

servicios, aunque algunos han mencionado que los métodos combinados de prestación de servicios podrían tener un efecto perjudicial sobre la equidad de la atención, a menos que la cobertura de atención de salud sea casi universal (46).

Macropolítica y Micropolítica La planificación nacional de la atención de salud influye directamente en la prestación de la asistencia sanitaria a nivel local. Por ejemplo, las estrategias de financiamiento nacionales pueden afectar positiva o negativamente el acceso a los servicios de salud o los desenlaces de salud en las comunidades de los países con recursos limitados (48). En los entornos de escasos recursos, las enfermedades les imponen costos elevados y regresivos a los pacientes y sus familias (49). Las pocas evidencias con que se cuenta indican que, en general, las tarifas que paga el usuario fueron un disuasivo para el uso de los sistemas de atención de salud. Los pagos en efectivo condicionados al cumplimiento del paciente pueden mejorar el empleo de las

intervenciones necesarias, pero también pueden generar incentivos perversos (48). La atención de salud universal proporciona un acceso óptimo a los pacientes por el simple hecho de que todas las personas tienen acceso al sistema. Las experiencias en el Reino Unido y Canadá no sustentan la idea de que la atención de salud universal necesariamente sea más costosa (50). Sin embargo, en estos sistemas, la contención de costos quizá se logra a cambio de la prestación de una gama limitada de servicios, una integración y una respuesta lenta a la tecnología y los fármacos nuevos, o lapsos de espera tan prolongados para la prestación de los servicios que afectan negativamente los desenlaces de salud (51,52). En algunas circunstancias, pueden ser necesario dirigir algunos programas de salud específicos a ciertas poblaciones de alto riesgo, como los pobres, en lugar de adoptar un enfoque de “población total”, para contrarrestar la distribución inequitativa de los recursos de atención de salud a favor de las clases más pudientes (53). Toda estrategia de intervención tendiente a mejorar el desenlace para una enfermedad determinada debe considerarse dentro del contexto del sistema de atención de salud en el cual se aplicará, para conseguir que la estrategia sea consecuente con los incentivos y el apoyo financiero (48).

La puesta en práctica eficaz de los programas también requiere que los planificadores de políticas de atención de salud nacionales e internacionales reconozcan la importancia de la macropolítica y la micropolítica en la administración de la atención de salud. La estrategia de prestación de la atención de salud puede afectar la calidad, la cobertura, el costo, la sostenibilidad y la equidad (46). Si se diseñan y se ejecutan bien, los cambios en la política a nivel nacional que lleve a cabo un ministerio de salud pueden facilitar las mejoras al nivel regional o local. Por ejemplo, el ministerio de salud podría definir programas educativos que permitieran a las obstetras o enfermeras en las zonas rurales, como parte de su trabajo, realizar la exploración clínica de las mamas y concientizar a las mujeres sobre la salud mamaria. Por este motivo, los administradores sanitarios de alto nivel deben tener conocimientos detallados sobre el tratamiento de las enfermedades, para comprender las implicaciones más amplias de sus decisiones sobre políticas, o al menos deben asesorarse bien en cuanto a los enfoques basados en evidencias, para lograr un mejor desenlace en las

enfermedades en cuestión (54). Los encargados de formular políticas de salud deben colaborar estrechamente con expertos bien informados en el área, a fin de diseñar estrategias fructíferas de atención de salud, especialmente en las áreas de la atención preventiva (55). Como tales, las normativas adaptadas específicamente a cada enfermedad se convierten en un recurso fundamental para una formulación eficaz de políticas de atención de salud.

Elaboración de Modelos Económicos Para la Atención del Cáncer de Mama

Repercusiones Financieras de la Atención del Cáncer de Mama Además de su carga humana en cuanto a morbilidad y mortalidad, el cáncer plantea una carga fiscal para el presupuesto de atención de salud de las naciones. Con las cifras de un país desarrollado como ejemplo, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos calcularon que los costos globales del cáncer en Estados Unidos en 2004 fueron de USD 189,8 mil millones; el cáncer de mama representó entre 15 y 20% esos costos globales (56,57). La carga económica del cáncer de mama en los países de bajos recursos prácticamente se desconoce.

Dado que los presupuestos de atención de salud siempre están bajo la presión de necesidades mayores que los recursos disponibles, las intervenciones tendientes a mejorar la atención y los desenlaces del cáncer de mama no solo deben ser clínicamente eficaces sino también rentables, a fin de que se les incorpore en las normativas formales para la práctica clínica. Los análisis de rentabilidad pueden suministrar información útil para planificar y poner en práctica las políticas para el control del cáncer de mama. Por ejemplo, pueden usarse para sustentar los presupuestos, para justificar la asignación de los escasos recursos a los programas nacionales de lucha contra el cáncer de mama y para discernir las maneras más eficaces de prestar los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

Análisis de Rentabilidad en el Cáncer de Mama En los últimos años, se han llevado a cabo muchos análisis de costos y rentabilidad para el cáncer de mama. Una búsqueda en MEDLINE bajo Subapartado Médico con los términos *neoplasias de la mama y costos* y *análisis de costos*, con la restricción adicional del término *costo* como parte del título,

arrojó 317 citas. La mayoría de los estudios empleaban algún tipo de modelo de simulación en el cual se combina información de diferentes fuentes para crear una versión simplificada de la realidad.

Casi todos los estudios de rentabilidad se han realizado usando algoritmos de tratamiento y datos clínicos y económicos de los países desarrollados (57). La mayoría de tales estudios evalúan el diagnóstico temprano mediante tamizaje, o las opciones de tratamiento para estadios específicos del cáncer (58). Lamentablemente, los resultados de los estudios de rentabilidad para los países desarrollados no pueden extrapolarse para asignar recursos o tomar decisiones de políticas públicas en los países con recursos limitados. Las diferencias en los sistemas de atención de salud, la epidemiología de la enfermedad, la disponibilidad de personal capacitado y equipo, los costos de los recursos y los factores culturales son demasiado grandes para permitir esa extrapolación. Además, en muchos casos, las intervenciones descritas en los modelos citados requieren un nivel de atención del cáncer de mama con el que no se cuenta en los países con recursos limitados. Por último, las graves restricciones de los recursos en estos países obligan a adoptar políticas mucho más restrictivas con respecto al uso de nuevas tecnologías. En tales circunstancias, las nuevas tecnologías no se adoptan a menos que se logren umbrales mucho más altos de valor económico.

Aunque las circunstancias difieren considerablemente entre los distintos países, el empleo de modelos de simulación sirve para determinar cómo pueden aplicarse tratamientos clínicamente eficaces en forma rentable para mejorar el desenlace del cáncer de mama en los países con recursos limitados. Reconociendo la utilidad de los modelos económicos, la OMS ha creado una metodología llamada *análisis generalizado de rentabilidad* (AGR), que usa marcos de referencia y programas de informática estandarizados para generar los modelos (59). Este método difiere de los análisis de rentabilidad convencionales, ya que el AGR exige al analista tener en cuenta lo que sucedería, a partir del día de hoy, si pudieran reasignarse todos los recursos del sector de la salud. Esta situación se llama el *caso hipotético*, contra el cual deben evaluarse todas las intervenciones. La rentabilidad de todas las intervenciones posibles para una determinada

enfermedad, individualmente y en combinación, se evalúa con relación a este caso hipotético (59).

Estos análisis de modelos de simulación están diseñados para proporcionar una evaluación general de la rentabilidad de una amplia gama de intervenciones. La metodología se estandariza, y por lo tanto, permite hacer comparaciones con los recientes análisis de rentabilidad de otras intervenciones de salud basadas en el mismo enfoque analítico (60–63). En cuanto al cáncer de mama, sería muy informativo contar con un modelo estadístico que evaluara el desenlace y el costo de diferentes intervenciones en los distintos estadios de la enfermedad. Sería racional plantear la hipótesis de que el tratamiento del cáncer de mama es más rentable cuando se emplea en los estadios iniciales del cáncer en lugar de los estadios avanzados, porque es más sencillo y menos costoso, además de ofrecer un mejor desenlace (23). Tal modelo matemático les permitiría a los encargados de la asistencia sanitaria discernir estrategias rentables para reducir las tasas de mortalidad relacionadas con el cáncer de mama, dadas las características propias de sus países y las restricciones del presupuesto sanitario. Nuevamente, esta información puede ser útil en las discusiones gubernamentales acerca de reformas en el sector sanitario y asignación presupuestaria.

RECOMENDACIONES

Los grupos de expertos de la Cumbre Mundial de 2005 desarrollaron un esquema de estratificación que plantea un método secuencial y sistemático para generar las capacidades de atención de salud de mamaria en los entornos de recursos limitados. Dicho esquema de estratificación define un método para la reforma descendente (de arriba hacia abajo) de las políticas, según el cual los servicios y los establecimientos se asignan a cuatro niveles de recursos:

- el nivel *básico* se refiere a los establecimientos, servicios o actividades que son indispensables para tener un programa contra el cáncer de mama (es decir, sin ellos, una unidad sanitaria no está en condiciones de tener dicho programa);
- el nivel *limitado* se refiere a los establecimientos, servicios o actividades que proporcionan una gran mejora en el desenlace en relación con los del nivel básico, en particular en lo relativo a la supervivencia de las pacientes cáncer;

- el nivel *amplio* se refiere a los establecimientos, servicios o actividades que proporcionan mejoras modestas en el desenlace en relación con los del nivel limitado, pero que puede mejorar algunas opciones importantes para las pacientes sometidas a diagnóstico o tratamiento del cáncer;

- el nivel *máximo* se refiere a los establecimientos, servicios o actividades que pueden usarse en algunos países con recursos altos y recomendarse en las normativas que suponen la disponibilidad de recursos ilimitados, pero que deben considerarse una prioridad inferior con respecto a los recursos de los niveles básico, limitado o amplio.

Estos niveles se refieren a las intervenciones (por ejemplo, servicios de anatomía patológica y diagnóstico por imágenes, establecimientos de tratamiento o registro del cáncer) aplicadas en una determinada unidad sanitaria (una institución, ciudad, región o país), y no necesariamente en todo un país; los diferentes niveles pueden coexistir, y probablemente lo harán, dentro de un mismo país. Además, estos niveles son secuenciales; por ejemplo, el nivel limitado supone que la unidad sanitaria ya cuenta con todas las intervenciones necesarias para el nivel básico y ahora tiene mayores recursos. De esta forma, el esquema brinda un marco lógico y sistemático para incrementar la capacidad del sistema de salud. La meta a corto plazo es que la unidad sanitaria avance al siguiente nivel, una vez que tenga todas las intervenciones de un nivel dado (es decir, elevar el umbral o “levantar la barra”).

El esquema de estratificación sobre sistemas de atención de salud y políticas públicas (Cuadro 1) se basó en las recomendaciones de consenso de los otros tres grupos de expertos de la Cumbre Mundial (64–66). Estas normativas estratificadas tienen por objeto usarse como un marco flexible que pueda adaptarse a cada entorno en particular para mejorar la atención de salud mamaria.

Aunque un ministerio de salud puede considerar que su meta a largo plazo es alcanzar el nivel máximo de los recursos de atención de salud, es fundamental reconocer que algunos de los recursos a ese nivel son extremadamente costosos y exigen una gran infraestructura que les dé un apoyo constante. Los recursos del nivel máximo no deben recibir una prioridad mayor que los recursos de los niveles básico, limitado o amplio. Es un error adquirir herramientas costosas solo por cuestiones de prestigio, como sería invertir en equipo para tomografía por emisión de positrones (TEP), cuando no se cuenta con otras herramientas fundamentales. Para que las herramientas más costosas sean útiles, son necesarios los recursos más fundamentales; cuando se obtienen fuera de secuencia, los recursos de nivel máximo comúnmente acaban por subutilizarse o por no utilizarse en absoluto.

Funciones de Los Diversos Sectores Para Mejorar Los Sistemas de Atención de Salud

Es posible reformar un sistema de atención de salud para que pueda prestar una mejor atención de salud

Cuadro 1. Asignación de Recursos Para los Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas

Nivel de los recursos	Servicios	Establecimientos	Registro
Básico	Servicios de atención primaria Servicios quirúrgicos Servicios de anatomía patológica Servicios de oncología Servicios de enfermería Servicios paliativos	Establecimiento de salud Establecimiento operatorio Laboratorio de anatomía patológica Farmacia Atención ambulatoria de pacientes	Expedientes médicos individuales y registro de las pacientes por servicios
Limitado	Servicios de imaginología Servicios de radioncología Servicios de grupos de apoyo Programas de detección temprana	Instalaciones para imaginología Radioterapia Sistemas clínicos de información Red de sistemas de salud	Expedientes médicos por establecimiento y registro centralizado de pacientes Registro local del cáncer
Amplio	Programas de tamizaje oportunista Seguimiento del cáncer Servicios de rehabilitación Grupos de apoyo	Establecimiento(s) de referencia centralizado(s) para atención del cáncer Registro poblacional del cáncer	Sistemas de seguimiento por establecimiento Registro regional del cáncer
Máximo	Programa de tamizaje poblacional Atención psicosocial individual	Establecimiento(s) periféricos para atención del cáncer (regionales o no centralizados)	Registro nacional del cáncer

mamaria si los diversos sectores actúan en conjunto (67). Dicho de otro modo, es más probable lograr las mejoras cuando colaboran el ministerio de salud y los organismos gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), el público y los grupos de pacientes (24,68,69). La contribución relativa de cada sector dependerá de la estructura gubernamental del país, de la importancia que se le otorgue a la atención de salud y el cáncer de mama, de los recursos disponibles, de la fortaleza del sector de las ONG y de la capacidad de las pacientes, las supervivientes y los promotores de la causa de “alzar la voz”. En Estados Unidos, la promoción de la causa de la salud de la mujer y los movimientos de protección del consumidor han tenido una repercusión directa sobre la atención oncológica; el mayor efecto se logra cuando las actividades de los promotores de la causa y los profesionales de la asistencia sanitaria se coordinan y se alinean para orientar a los planificadores de las políticas públicas hacia los cambios más eficaces y deseables (68).

Ministerios de salud y organismos gubernamentales. En los países desarrollados, las mejoras en los sistemas de atención de salud a menudo se originan en el gobierno, tanto desde el ministerio de salud como mediante las asignaciones presupuestarias. Es fundamental la mediación de las reformas por los canales gubernamentales, porque ninguna otra organización tiene la competencia para abordar los cambios que se necesitan, a menudo de gran envergadura (24). Entre las funciones gubernamentales están:

- promulgar la legislación sobre programas de investigación y la lucha contra el cáncer;
- establecer las prioridades presupuestarias;
- capacitar y remunerar al personal dedicado a la investigación y a la atención de salud;
- brindar y pagar la investigación, la prestación de servicios de salud, el equipo y los suministros;
- instituir y gestionar los programas de supervisión y permitir la evaluación de los programas y sus resultados;
- velar por la persistencia de las iniciativas que se pongan en marcha.

Sin embargo, en los países con recursos limitados, es menos probable que los gobiernos inicien las mejoras del sistema debido, cuando menos en parte, a la realidad de las limitaciones financieras, a la falta de atención a determinadas poblaciones que no tienen

influencia política o a ambas. Las mujeres pueden tener vedado el acceso a los servicios debido a la falta de recursos y a una movilidad limitada (70). En esas condiciones, es más probable que los promotores de las mejoras o las reformas provengan de organizaciones no gubernamentales, asociaciones nacionales contra el cáncer, organizaciones internacionales o varias de ellas (71).

El proceso de aumentar el apoyo gubernamental a los temas de atención de salud es secuencial. Para lograr el compromiso político del gobierno, este debe tener un incentivo para destinar recursos a mejorar la asistencia sanitaria y los sistemas, basado en datos sobre la atención de salud y motivado por la voluntad del público. Los catalizadores para la lucha contra el cáncer, originados entre las organizaciones sin fines de lucro, el público o las pacientes, pueden dar la atención y el impulso necesarios para la acción política, al poner de manifiesto las inequidades dentro del sistema de atención de salud (72). Mediante tal acción política, puede autorizarse a los ministerios para recopilar los datos, establecer los programas, gastar los fondos, supervisar las actividades, capacitar a los profesionales y evaluar los servicios y los resultados.

La capacitación se ha vuelto un elemento fundamental de las estrategias usadas para desarrollar los sistemas de salud en los países de bajos ingresos. La experiencia indica que, para lograr mejores resultados de salud, se requieren tanto una mayor inversión (es decir, recursos financieros) como una adecuada capacidad local para usar los recursos eficazmente. Por consiguiente, los donantes internacionales y las ONG, así como los ministerios de salud, cada vez se apoyan más en la capacitación para mejorar el desempeño general del sector de la salud. Un marco conceptual para describir la capacidad existente y medir el efecto de las intervenciones de capacitación puede ser útil para los planificadores en el diseño de dichas intervenciones, y proporciona un marco para supervisarlas y evaluar su eficacia (73).

Algunos grupos están a favor de privatizar la atención de salud como un método para mejorarla (74). A menudo se aduce que el sector privado es más eficiente que el sector público en la generación de servicios de salud, y que si el gobierno se apoyara en la prestación privada de los servicios, contribuiría a mejorar la eficiencia y la equidad del gasto público en salud. Sin embargo, una revisión de la bibliografía

publicada ofrece pocas pruebas en respaldo de tales afirmaciones (75). Es poco probable que la privatización mejore la equidad en el acceso porque, por definición, esta atención está determinada por el mercado. Además, la privatización de la atención de salud por lo común se dirige al tratamiento y no a la prevención. Como los incentivos financieros que impulsan las intervenciones terapéuticas normalmente están ausentes en los programas de atención preventiva, tales programas necesitan una vigorosa participación gubernamental para ejecutarse con éxito (76).

En los países de bajos recursos, las organizaciones de beneficencia con frecuencia crean y financian establecimientos médicos, a menudo con excelente organización y eficiencia. En Senegal, se demostró que los dispensarios católicos eran considerablemente más eficaces que los establecimientos públicos y que otras instituciones privadas en la prestación de servicios ambulatorios curativos y preventivos, con un alto número de pacientes (75). A medida que se consigan los recursos, los ministerios de salud pueden suministrar cada vez en mayor medida la planificación y los fondos clave para crear, dotar de personal y mantener instituciones para la atención del cáncer. Tales instituciones, con el apoyo de las ONG y, a la larga, del propio gobierno, pueden capacitar a los profesionales de la asistencia sanitaria. La participación y el apoyo gubernamental para la investigación, otra faceta importante para mejorar la atención de salud (que se comenta más adelante), también deben aumentar a medida que se cuente con recursos para esta actividad.

Organizaciones no gubernamentales (ONG) Las ONG pueden desempeñar una función clave para iniciar y apoyar las mejoras en la atención de salud (71). Tales organizaciones pueden crear programas que aporten los mejores evidencias para informar al público, pueden mantener la lucha contra el cáncer entre los asuntos de interés público y pueden ejercer presión sobre los gobiernos y los encargados de las políticas públicas en los temas relacionados con el control del cáncer, ya sea directa o indirectamente, como sería por los medios de comunicación. Las ONG pueden actuar como un catalizador para el diálogo y la acción colectiva dentro de las organizaciones nacionales y locales contra el cáncer, tanto gubernamentales como no gubernamentales. A la larga, las alianzas bien coordinadas entre los

sectores público y privado pueden mejorar considerablemente la atención de salud nacional para determinadas enfermedades (77). En algunos países con recursos limitados de Europa oriental, están empezando a formarse ONG que trabajan para obtener mayores recursos y servicios para ciertas áreas fundamentales, como la salud reproductiva (78). Los servicios relacionados con la planificación familiar, el aborto, la infertilidad, el cáncer mamario y cervicouterino y la violencia contra la mujer en esos países son muy limitados, y representan áreas de interés común para las ONG que promueven la salud de la mujer.

Dado que las ONG pueden impulsar la adopción de políticas al proporcionar un financiamiento independiente, deben considerarse los aspectos que influyen en la motivación de las ONG, como la neutralidad política, la responsabilidad técnica ante las políticas públicas, la planificación y el desarrollo de calidad, para cerciorarse de que estén alineadas con los intereses del sistema de atención de salud en general (79,80). Se han mencionado casos en los que la participación de las ONG no fue tan útil como se preveía. Según un estudio realizado en Mozambique, una profusión de ONG y sus trabajadores expatriados contribuyó a la fragmentación del sistema local de salud, minó el control local de los programas de salud y contribuyó a una creciente desigualdad social local. Debido a que los sueldos del sistema nacional de salud cayeron en picada durante el mismo período, como resultado de un ajuste estructural, los trabajadores de salud se hicieron vulnerables a los favores económicos que ofrecían las ONG que buscaban promover sus proyectos, en una suerte de lucha territorial con otros organismos (81). Así pues, la colaboración entre las ONG y los organismos de salud gubernamentales debe ser un ejercicio interactivo de reciprocidad, en el cual se identifiquen y se coordinen las metas comunes.

Hay varias actividades fundamentales dentro de la competencia de las ONG en la lucha contra el cáncer. La primera es crear los recursos de información, basados en pruebas científicas, y brindar apoyo para el almacenamiento, el acceso y la difusión de dicha información, tanto a los profesionales como al público en general (79). Una segunda actividad básica es la promoción de la causa para influir en las políticas públicas (82). Una tercera área de interés es el cabildeo a favor de la educación y la capacitación de

los profesionales en todos los campos de la lucha contra el cáncer, mediante el respaldo directo con subvenciones o becas, el apoyo para conferencias y talleres y el suministro de materiales que puedan adaptarse para ser localmente pertinentes. Con todas estas actividades, se hace hincapié en la colaboración entre las organizaciones, los organismos gubernamentales y los grupos que trabajan en áreas similares, para ejercer un efecto multiplicador de los recursos.

En los países con recursos limitados o que carecen de programas integrales de lucha contra el cáncer, pueden lograrse mejoras rápidas en la atención del cáncer de mama al centrarse en tres áreas que las ONG pueden abordar en parte: la detección temprana, la prestación de un tratamiento adecuado y de calidad y las medidas de sostén. Las tasas de detección temprana pueden mejorarse gracias a dos estrategias: el tamizaje (realización por profesionales de un examen sistemático en todos los individuos de una población destinataria saludable) y el diagnóstico temprano (mayor concientización de las mujeres y los profesionales de la salud acerca de los primeros síntomas, para contribuir a un pronto diagnóstico). Las ONG pueden abordar activamente estas estrategias de cuatro maneras:

- cabildar ante los gobiernos para solicitar bienes y servicios de gran calidad a fin de promover una toma de decisiones racional y estratégica, basada en las necesidades y en la evaluación de los recursos; poner en marcha o mejorar (si ya existe) una intervención poblacional organizada y comprobada, sea el tamizaje o el diagnóstico temprano; y pedir el control de calidad y la equidad;

- crear conciencia entre el público sobre los síntomas iniciales del cáncer, la atención con que se cuenta y las posibilidades de curarlo si se detecta a tiempo y se trata apropiadamente, mediante la promoción de políticas públicas a favor de la causa, la creación y difusión de campañas de información pública, y la distribución generalizada de materiales de comunicación bien diseñados;

- capacitar a los profesionales en la realización adecuada de la exploración clínica de las mamas, la mamografía, los estudios de citología y las biopsias, así como el tratamiento y la atención de servicios de apoyo, para que solo lleven a cabo intervenciones basadas en evidencias y para que acepten los procesos de control de calidad y evaluación;

- apoyar la investigación y la adaptación de protocolos comprobados para el nivel de los recursos

disponibles, a fin de formular las estrategias más eficaces, adaptadas a cada nivel económico y sistema de salud.

Las ONG también pueden atender las necesidades prácticas y emocionales de las pacientes, al crear estructuras tales como centros de acogida en los hospitales, comités de pacientes, grupos de apoyo, números telefónicos de ayuda y albergues donde las pacientes pueden alojarse en lugar de estar hospitalizadas. En muchos países, los pacientes con cáncer a menudo se enfrentan con obstáculos formidables de orden práctico, como la distancia a los centros de tratamiento y los costos prohibitivos de la estancia hospitalaria y los cuidados paliativos. Además, los pacientes y sus familias con frecuencia sufren una prolongada falta de apoyo moral y psicológico. Los albergues para pacientes con cáncer, que ya existen en algunos países, resuelven varios problemas prácticos al permitir a los pacientes recibir el tratamiento en forma ambulatoria, con alojamiento y alimentación muy económicos o gratuitos, al tiempo que ofrecen los beneficios de la experiencia compartida con otros pacientes en condiciones similares y, en algunos casos, del apoyo psicológico profesional. Aunque no son las únicas que desempeñan estas labores, las ONG pueden ser elementos fundamentales para apoyar a los pacientes con cáncer y a sus familias, al reducir las restricciones financieras que encara la atención del cáncer muchos países y promover la adaptación de las estrategias de lucha contra el cáncer a la luz de tales limitaciones.

Para que las intervenciones de las ONG sean exitosas, puede ser necesaria cierta adaptación por parte del público. En 1997, un consorcio de ONG en Bangladesh empezó a ejecutar reformas del sector de la salud tendientes a ampliar el acceso y mejorar la calidad de la planificación familiar y otros servicios básicos de salud (83). El nuevo modelo de prestación de servicios implicaba mayores costos para los clientes y requería que estos tuvieran una mayor iniciativa que con los programas previos. Los clientes tenían que viajar más lejos para obtener ciertos servicios y pagar más por ellos que bajo el modelo de planificación familiar domiciliario que prevalecía antes. Más allá de la necesidad de establecer una estructura de precios apropiada para estos servicios, deben tenerse en cuenta las barreras para el acceso, tales como los conceptos sociales acerca de género, clase, derechos, funciones del gobierno y obligaciones de las personas de participar en su propia atención, y hacer las

adaptaciones pertinentes. En el caso referido, fue necesario un cambio en las actitudes relacionadas con el cobro y el pago de los servicios, junto con las normas y procedimientos institucionales que los respaldan (83).

Las ONG a menudo desempeñan un papel importante al crear programas de investigación sobre el cáncer, recaudar dinero de organizaciones de beneficencia y establecer una estrategia para la investigación. Ya que en los países con recursos limitados se le da en general poca importancia a la investigación, una parte considerable del presupuesto de las unidades de investigación se deriva de las subvenciones de beneficencia. En consecuencia, tales organizaciones pueden tener una gran influencia sobre la orientación de la investigación relativa al cáncer. Las ONG pueden ser participantes destacadas en la lucha contra el cáncer y, en consecuencia, deben aplicar las mismas reglas científicas y estrategias basadas en evidencias usadas por otros participantes en las labores de lucha contra el cáncer. Los datos indican que los interesados directos tienen diferentes programas de acción, y que los donantes predominan al determinar los lineamientos de la investigación. Es necesario llegar a consensos de alto nivel, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, para conseguir que los diversos programas de acción desempeñen una función complementaria de apoyo a los objetivos del sistema de salud (84). Debido a su repercusión directa sobre la población, las ONG pueden desempeñar un papel destacado para convencer a los gobiernos de crear servicios y adoptar estrategias pertinentes para el cáncer, realizar sus propios proyectos de demostración y dar un importante apoyo económico a la investigación aplicada. Como tal, la ONG se convierte en un vínculo entre la investigación pública sobre atención de salud y las reformas de las políticas relativas a esta.

Público, Pacientes y Promotores El público, los pacientes y los promotores también desempeñan a la vez una función central y de apoyo para modificar los sistemas de salud, de modo que puedan brindar una mejor atención. La participación de la comunidad en los temas de salud ofrece varias ventajas para la asistencia sanitaria y el desarrollo, entre las cuales destacan el ayudar a las propias comunidades para que adquieran la capacidad de solucionar problemas; alentarlas a que asuman la responsabilidad de su salud y bienestar social; velar por que se aborden

adecuadamente sus necesidades y problemas; cerciorarse de que las estrategias y métodos usados sean cultural y socialmente apropiados o aceptables; y mejorar la sostenibilidad de los programas exitosos (85). Una vez organizados, los grupos promotores de las causas relacionadas con la salud pública pueden catalizar la acción política interna y la reforma de los sistemas. Sin embargo, también debe reconocerse que estos grupos, que son comunes en las sociedades individualistas con sistemas de atención de salud bien desarrollados, como Estados Unidos, pueden enfrentar más obstáculos para el cambio en las sociedades jerárquicas con necesidades insatisfechas de una atención de salud reglamentada, como suelen ser las de los países con un nivel de recursos bajo y mediano (86).

Reforma de Los sistemas De Atención De Salud

Innegablemente, llevar a un sistema de atención de salud con recursos limitados hacia la meta de una mejor atención de la salud mamaria es un cometido difícil, que requiere no solo del compromiso inicial con el cambio, sino también un esfuerzo sostenido tendiente a ese objetivo. Casi siempre, el mejoramiento de los sistemas es gradual y secuencial, no rápido ni radical. Es más probable que los esfuerzos logren el éxito cuando se vinculan a metas específicas (3). Cabe destacar que una reforma exitosa tiene implicaciones que van más allá de un mejor desenlace en el cáncer de mama, a saber, puede servir de modelo para una mejor atención de otras enfermedades que también requieren cuidados multidisciplinarios.

Métodos Para La Reforma Para mejorar un sistema de atención de salud, pueden aplicarse los esfuerzos y recursos con un enfoque de arriba hacia abajo (es decir, que comienza al nivel del ministro o los planificadores de políticas) o de abajo hacia arriba (es decir, que inicia al nivel local o comunitario). Los modelos participativos de atención, en los cuales el público asume el poder mediante la acción colectiva, pueden ser eficaces para motivar una reforma del sector de la salud (82). Ambos enfoques pueden usarse al mismo tiempo para mejorar sinérgicamente los desenlaces en el cáncer de mama.

Toda iniciativa nacional para mejorar la atención de salud tiene dos componentes importantes: un componente de políticas públicas y un componente de ejecución. El primero implica fijar las políticas del gobierno sobre el tema, en tanto que el segundo se

refiere a la manera en que dichas políticas se pondrán en práctica. El componente de políticas suele tratarse normalmente con los planificadores de políticas, como los ministros de salud. Estos deben estar convencidos de que hace falta un programa de atención de salud basado en los datos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer de mama, y que lo que se propone es alcanzable y la ejecución es factible dentro de las limitaciones del presupuesto de su país. Los planificadores de políticas obtienen información de muy diversas fuentes; por consiguiente, quizás puedan discernir mejor la necesidad de un programa de atención de salud de la mama si se les presenta un “paquete” sencillo, que reúna la información clínica, epidemiológica y económica en un plan coherente para mejorar el desenlace. Este debe relacionar los términos económicos con los criterios de valoración. Por ejemplo, si reducir las tasas de mortalidad es el criterio de valoración, los modelos indican que diagnosticar el cáncer de mama en un estadio más temprano (en un contexto en que se cuente al menos con el tratamiento básico) es la manera más rentable de alcanzar la meta (23).

El componente de ejecución puede abordarse con los planificadores de políticas, los organismos gubernamentales, las ONG u otros grupos, y puede describirse en las normativas. En concreto, las normativas deben delinear las opciones para la reforma del sector sanitario y proponer maneras para enfrentar las diversas restricciones a tal reforma (en materia de recursos humanos, educación, equipos), en un entorno de recursos limitados. Sin embargo, las normativas sólo pueden abordar la ejecución en términos generales, porque cada país debe adaptar su propio método, con base en sus circunstancias particulares. Cabe destacar que, en algunos países con recursos limitados, la ejecución puede fracasar debido a una gestión ineficiente del sector de la salud y a la corrupción. Sobre la base de experiencias anteriores, los donantes externos podrían preferir comenzar los proyectos o programas con una ONG; sin embargo, esto puede derivar en un enfoque vertical, que lleve a la interrupción del programa si la ONG no sigue financiándolo o si hay un cambio de régimen político (84). La continuidad es una consideración importante ante cualquier cambio de políticas sanitarias.

Cambios en el Liderazgo Una barrera importante a la reforma del sector sanitario en los países con todos los niveles de recursos es el obstáculo político a corto

plazo del cambio de liderazgo. Dado que los ministros de salud a menudo cambian con mayor frecuencia que los partidos políticos y el liderazgo que detenta el poder, los ministros de salud pueden mostrarse renuentes a emprender proyectos de largo plazo, que no puedan lograrse de manera realista en un solo periodo en el puesto. Quizá estén más dispuestos a adoptar un plan integrado por múltiples intervenciones pequeñas, para que puedan lograrse avances visibles aun a corto plazo.

Integración de un Programa de Salud de la Mama en el Sistema de Atención de Salud Existente Para que un programa de atención de salud de la mama sea eficaz, y para asegurar su continuidad y viabilidad, debe integrarse en el sistema de atención de salud ya existente siempre que sea posible. La mayoría de los países con recursos limitados, en especial los de ingresos medianos, ya tienen implantada al menos una infraestructura mínima de servicios de salud, y el programa de salud de la mama debe integrarse en esa infraestructura. Por ejemplo, las enfermeras u obstetras que prestan atención de salud maternoinfantil en las zonas rurales también pueden capacitarse para educar a las mujeres en materia de salud mamaria y para llevar a cabo exploraciones de las mamas. Lamentablemente, algunos sistemas de atención de salud son disfuncionales e indiferentes a las necesidades apremiantes de su población. En tales casos, quizá no sea posible trabajar dentro del sistema. Dicho de otro modo, el sistema puede requerir cambios fundamentales para ser capaz de tratar el cáncer de mama y otras enfermedades.

Los Centros Oncológicos Nacionales Como eje de la Atención del Cáncer Los establecimientos de excelencia centralizados son un elemento fundamental de la red de atención de salud, tanto para brindar atención terciaria a los casos complejos que se les remiten como para apoyar el desarrollo de establecimientos periféricos de atención del cáncer, que pueden servir a las diversas regiones del país. Cada país debe esforzarse por establecer al menos un centro de excelencia (es decir, un centro oncológico nacional). Tales centros cuentan con los conocimientos, las instalaciones y el equipo necesarios para capacitar a los profesionales de la salud y para ayudar a coordinar y ejecutar un programa de lucha contra el cáncer. Al decidir su ubicación, así como la de los establecimientos más pequeños vinculados con él (por ejemplo,

hospitales, clínicas y consultorios), debe velarse porque sean fácilmente accesibles al público.

Aunque crear los centros oncológicos y los establecimientos vinculados con ellos es un paso importante, debe reconocerse que esto no resolverá los problemas de muchas mujeres que viven en las zonas rurales y que no pueden desplazarse grandes distancias para recibir atención. En los países con recursos limitados, el envío de los centros de atención primaria a los establecimientos de nivel secundario o terciario puede ser un fenómeno relativamente raro (87). Para satisfacer las necesidades de las esas mujeres, el programa también debe considerar la conveniencia de mecanismos de extensión, como el empleo de enfermeras visitantes y otros servicios para llegar a las poblaciones remotas.

La atención de salud de la mama requiere un tratamiento multidisciplinario que comprende cirugía, radioterapia, oncología médica, anatomía patológica y radiología. El concepto de la unidad para atención mamaria, un enfoque para organizar la atención multidisciplinaria, es una manera rentable de atender el cáncer de mama (88). Como tal, este concepto podría ser una estrategia viable en ciertos entornos de recursos limitados. Sin embargo, dotar de personal a las unidades para atención mamario puede ser muy difícil, y remitir a las pacientes a dichas unidades quizá sea poco práctico debido a factores tales como las barreras de transporte.

Algunos países con recursos limitados ya tienen sistemas de atención de salud bastante bien establecidos, pero el público es renuente a usarlos, en parte debido a las barreras relacionadas con el propio sistema, como los largos periodos de espera, la insensibilidad del personal o la falta de mujeres entre los profesionales médicos. Sin embargo, el uso de tales sistemas por el público probablemente aumentaría si se redujeran o eliminaran esas barreras. Por consiguiente, los responsables de la atención de salud deben trabajar para reconocer y dismantelar las barreras que disuaden al público de acudir a los establecimientos ya existentes.

Cómo Superar Las Barreras Sociales Que Impiden Mejorar la Atención del Cáncer de Mama Al desarrollar un sistema de atención de salud dirigido al cáncer de mama, quizá no sea suficiente con establecerlo y esperar que el público lo use. También puede ser necesario darle al público la motivación y los incentivos para usar ese sistema, especialmente en

las sociedades donde hay barreras sustanciales que impiden solicitar atención para el cáncer, como la falta de concientización, el fatalismo, el estigma y el temor. Las barreras sociales pueden superarse si se educa al público y se envía un mensaje de empoderamiento a las mujeres, para que se hagan cargo de su propia salud.

Varios actores pueden ayudar a superar las barreras sociales que obstaculizan la atención de salud de la mama. Una forma de promover la participación del público que puede ser muy eficaz es incorporar al propio público o a líderes respetados en la comunidad que le den un sentido de posesión (53). En muchas comunidades del mundo en desarrollo, las decisiones sobre las intervenciones de salud de la mujer recaen en los hombres (14). Por este motivo, puede ser necesario que los hombres participen en intervenciones tales como las medidas para promover la detección temprana. Un tercer grupo influyente son las supervivientes del cáncer de mama. Ellas desempeñan una función clave al demostrar, con su existencia misma, que el cáncer de mama no es invariablemente mortal, lo cual es un paso fundamental para convencer a las mujeres a solicitar atención médica. Además, estas sobrevivientes pueden actuar como promotoras ante los planificadores de políticas. Las sobrevivientes también brindan información valiosa sobre los obstáculos que se enfrentan al recibir el diagnóstico de cáncer y sobre las razones de que las mujeres se sientan marginadas de la atención de salud (89,90).

La Investigación Como Una Herramienta Para Mejorar los Resultados De Atención de Salud

En los entornos de recursos limitados, las posibilidades para establecer un programa de investigación regional o nacional aumentan con el transcurso del tiempo y con el desarrollo económico. Se establecen laboratorios de investigación básica, ya sea recién creados o como una ampliación de las actividades en las instituciones existentes. La investigación clínica permite brindar atención enmarcada en protocolos, en los cuales pueden probarse y adoptarse las intervenciones apropiadas para la población y el nivel de recursos correspondientes.

Superar las restricciones y los obstáculos a la atención de salud en los entornos de recursos limitados requiere un modo de pensar novedoso y enfoques creativos. Cuando se desarrollan nuevas

ideas, deben ejecutarse de una manera tal que les permita a los investigadores determinar si el método empleado mejora el desenlace. Por ejemplo, en los países donde la poca disponibilidad de servicios de anatomía patológica impide un diagnóstico rápido del cáncer, una solución en zonas remotas podría ser la implementación de servicios de citopatología que usen tecnología de comunicación generalmente disponible para transmitir imágenes a los establecimientos centralizados. Esta intervención –el diagnóstico citológico con ayuda de la telemedicina– y otras similares deben estudiarse en países con recursos limitados bien seleccionados, de preferencia con grupos de intervención y grupos de control.

Análisis de la Situación y Evaluación de Las Necesidades El mismo problema de atención de salud puede ser solucionado en forma diferente en los diferentes países, según sus recursos, su población, la prevalencia de la enfermedad y otros factores. Así pues, es necesario hacer un análisis de la situación del país antes de instituir cualquier intervención nueva. Un análisis de la situación puede permitir a los investigadores y al ministerio de salud identificar formas de usar mecanismos ya existentes para encontrar soluciones, para las cuales el sistema no estaba diseñado originalmente.

La investigación y la evaluación de necesidades, deben considerarse en múltiples áreas. Hay que evaluar la disponibilidad de datos sobre los cuales basar las medidas de lucha contra el cáncer. Se requieren registros de datos, ya sean tan amplios como los registros regionales y nacionales del cáncer o tan limitados como los registros específicos de un estudio, para medir los desenlaces y la repercusión de las intervenciones. La evaluación de las necesidades también entraña determinar la disponibilidad de recursos humanos, capacitación y equipo básico; la distribución y el apoyo de los establecimientos; y la disponibilidad de financiamiento para los suministros. De igual modo es pertinente realizar una evaluación de las necesidades en la comunidad en general y en la comunidad médica. En esta se preguntaría al público y a los profesionales de la asistencia sanitaria cuáles son sus necesidades y con qué problemas se enfrentan, respectivamente. Este tipo de investigación es eficaz y permite adaptar los programas a un entorno de atención de salud específico, pero pueden volverse costosos cuando hace falta contratar a profesionales de investigación capacitados.

Análisis Económicos Las nuevas intervenciones tendientes a mejorar los desenlaces de salud de la mama deben ser a la vez económicamente factibles y rentables en comparación con otros posibles usos de unos fondos limitados. Como ya se mencionó, se han realizado pocos estudios de rentabilidad, o ninguno, relacionados con la atención del cáncer de mama desde la perspectiva de los países con recursos limitados. Es menos costoso tratar el cáncer de mama en estadio temprano que el cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, y sin embargo, deben sopesarse los costos de diagnosticar el cáncer en las etapas más tempranas con los ahorros que conlleva la detección temprana(23).

Proyectos de Demostración y Proyectos Piloto Los proyectos de demostración (que muestran cómo puede aplicarse una intervención a una escala pequeña) y los proyectos piloto (que prueban una hipótesis de investigación en una escala pequeña) pueden ser vehículo para la reforma del sector sanitario. Por ejemplo, estos proyectos pueden usarse para evaluar la eficacia de diversos métodos de diagnóstico del cáncer de mama en estadios más tempranos. El tamizaje mamográfico se introdujo en un proyecto piloto en un territorio de Ucrania, un país en el cual cerca de 30% de los cánceres de mama se encontraban en los estadios III o IV al momento del diagnóstico en esa época (20). El proyecto descubrió que 9% de los cánceres detectados por la mamografía fueron cáncer in situ, en tanto que la mayoría fueron T1b (20%), T1c (48%) o T2 (22%), lo cual representó una notable mejoría en comparación con los antecedentes históricos.

Análisis de Los Desenlaces Es importante vigilar la eficiencia y la eficacia de los programas de salud mamaria. Aunque pueda haber políticas al respecto, estas podrían no haberse ejecutado, y aun si las políticas se ejecutaron, podrían no causar repercusiones sobre el desenlace por diversas razones. Así pues, el análisis de los desenlaces puede ser útil para modificar las políticas y su ejecución. En los países con recursos limitados, dos posibles desenlaces de interés son una disminución del estadio en el cual se diagnostica el cáncer y una reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Desde luego, vigilar los desenlaces también requiere recursos, y estos deben tenerse en cuenta en los costos del programa.

Instituir la recopilación de datos, que comprenda un registro del cáncer y un sistema de información

sanitaria, es clave para el análisis de los desenlaces y generalmente está en manos de los gobiernos, aunque las ONG también pueden dar orientación y apoyo al respecto (21). Lamentablemente, en la mayoría de los países con recursos limitados, hay pocos datos precisos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer de mama. Los registros del cáncer regionales y nacionales son inexistentes o muy rudimentarios, o bien solo abarcan determinados hospitales.

Mejorar los desenlaces mediante normativas depende de que las intervenciones recomendadas por las normativas se ejecuten bien. Con este fin, los países deben establecer una estructura y un programa para la ejecución, identificar a los proveedores de atención sanitaria destinatarios del programa (por ej., las enfermeras de atención primaria), señalar a los individuos que puedan colaborar con la ejecución (por ejemplo, líderes de opinión clave) y desarrollar medidas de evaluación, control de calidad y retroalimentación para aquellos que deben aplicar las normativas. En este sentido, la ejecución de normativas en los países con recursos limitados es muy similar que la ejecución en los países ricos. No obstante, las limitaciones de recursos obligarán a quienes adoptan las decisiones en los países con recursos limitados a ser creativos al momento de seguir los pasos en la ejecución de las normativas.

La investigación sobre las mejores prácticas para la formulación y ejecución de normativas en los países con recursos limitados todavía está en sus inicios. Siempre que sea posible, quienes formulen y ejecuten las normativas deben documentar sus procesos, así como sus métodos para ejecutar y vigilar los resultados. En condiciones ideales, estos documentos deben publicarse en revistas arbitradas, pero la Web también permite publicar documentos en sitios dedicados a esta causa. Las ONG o los grupos como la OMS pueden considerar la posibilidad de albergar sitios web en los cuales los creadores y los ejecutores de las normativas de los países con recursos limitados puedan compartir sus métodos y experiencias.

CONCLUSIONES

Los sistemas de atención de salud ofrecen un marco para mejorar los desenlaces para las mujeres con cáncer de mama en los países con recursos limitados. Las barreras a las reformas son numerosas y a veces difíciles de reconocer; no obstante, un paso inicial necesario es la

comprensión clara de los obstáculos dentro de estos sistemas. Las propias mujeres son las más interesadas directamente en el desenlace, y como tales son un recurso inestimable. Mediante la educación y la organización, pueden ayudar a facilitar el cambio necesario y salvar vidas. Las normativas de salud mamaria estratificadas se convierten en la hoja de ruta para enfrentar y reducir la devastadora morbilidad y mortalidad del cáncer de mama.

MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS

Benjamin O. Anderson, MD (copresidente), University of Washington, Seattle, Washington; Cheng-Har Yip, MD (copresidente), University of Malaya Medical Center, Kuala Lumpur, Malasia; Scott Ramsey, MD, PhD (copresidente), Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington; Rob Baltussen, PhD, Erasmus Medical Centre Rotterdam, Rotterdam, Países Bajos; Raphael Bengoa, MD, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; Susan Braun, MA, Susan G. Komen Breast Cancer Foundation, Dallas, Texas; Maira Caleffi, MD, Centro de Mama del Hospital Moinhos de Vento en Porto Alegre, e Instituto de la Mama de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; Leticia Fernández, MD, Instituto Nacional de Oncología, La Habana, Cuba; Margaret Fitch, RN, PhD, Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre, y Supportive Care, Cancer Care Ontario, Toronto, ON, Canadá; Joe Harford, PhD, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland; D. Maxwell Parkin, PhD, University of Oxford, Oxford, Reino Unido; Larissa Remennick, PhD, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel; Sylvia Robles, MD, MSc, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC; Helene Sancho-Garnier, MD, Unión Internacional contra el Cáncer, Epidaure, CRLC Vald'Aurelle, Francia; Vivien D. Tsu, PhD, Program for Appropriate Technology in Health, Seattle, Washington; y Hernán Vargas, MD, Harbor-UCLA Medical Center, Torrance, California.

AGRADECIMIENTOS

El apoyo financiero recibido para el presente trabajo se describe en otro punto de este suplemento (13,91). El Grupo de Expertos sobre Atención de Salud y Políticas Públicas agradece la participación de

las siguientes personas en los debates que dieron origen a estas normativas:

Justus Apffelstaedt, MD, FCC(S), MBA, University of Stellenbosch, Tygerberg, Sudáfrica; Arturo Beltrán Ortega, MD, Instituto Nacional de Cancerología, Col. Tlalpan, México; Brahim El-Khalil El-Gueddari, MD, Instituto Nacional de Oncología, Rabat, Marruecos; Ranjit Kaur, MS, Reach to Recovery International, Petaling Jaya, Malasia; Ian Kunkler, MD, University of Edinburgh, Edinburgo, Reino Unido; Laura Liberman, MD, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York; Riccardo Masetti, MD, Universidad Católica de Roma, Roma, Italia; Shahla Masood, MD, University of Florida, Jacksonville, Florida; Vahit Ozmen, MD, Universidad de Estambul, Çapa, Estambul, Turquía; Cecilia Sepúlveda, MD, MPH, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; Tatiana Soldak, MD, CitiHope International y Belarusian Breast Cancer Screening and Early Diagnosis Project, Andes, NY; y Bhadrasain Vikram, MD, Organismo Internacional de Energía Atómica, Viena, Austria.

REFERENCIAS

- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001;37(Suppl. 8):S4-S66.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
- World Health Organization. Executive summary. En: *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2002:i-xxiv.
- Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55:10-30.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55:31-44.
- Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM. *Cancer survival in developing countries*. Lyon, Francia: CentroFrancia: Organismo Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 1998. IARC scientific publication 145.
- Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 2000;50:7-33.
- Anderson BO, Braun S, Carlson RW, et al. Overview of breast health care guidelines for countries with limited resources. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S42-S50.
- Vargas HI, Anderson BO, Chopra R, et al. Diagnosis of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S60-S66.
- Carlson RW, Anderson BO, Chopra R, et al. Treatment of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S67-S74.
- Carlson RW, Anderson BO, Benzinger W, et al. NCCN Practice Guidelines for Breast Cancer. *National Comprehensive Cancer Network*, 2003.
- Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S51-S59.
- Anderson BO, Shyyan R, Eniu AE, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *Breast J* 2006; En prensa.
- Remennick LI. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J* 2006; En prensa.
- Rice M, Rasmussen E. Healthy cities in developing countries (chapter 9). En: Ashton J, ed. *Healthy Cities*. Philadelphia, PA: Open University Press, 1992:70-84.
- Pal SK, Mittal B. Fight against cancer in countries with limited resources: the post-genomic era scenario. *Asian Pac J Cancer Prev* 2004;5:328-33.
- Magrath I, Litvak J. Cancer in developing countries: opportunity and challenge. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:862-74.
- Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy Plan* 1994;9:237-51.
- Reichenbach L. The politics of priority setting for reproductive health: breast and cervical cancer in Ghana. *Reprod Health Matters* 2002;10:47-58.
- Zotov V, Shyyan R. Introduction of breast cancer screening in Chernihiv Oblast in the Ukraine: report of a PATH Breast Cancer Assistance Program experience. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S75-S80.
- Parkin DM, Fernandez L. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J* 2006;12(Suppl. 1):S70-80.
- Love RR, Love SM, Laudico AV. Breast cancer from a public health perspective. *Breast J* 2004;10:136-40.
- Groot MT, Baltussen R, Uly-de Groot CA, Anderson BO, Hortobagyi GN. Cost and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. *Breast J* 2006;12(Suppl. 1):S81-90.
- Lim GC. Overview of cancer in Malaysia. *Jpn J Clin Oncol* 2002;32(Suppl.):S37-S42.
- Cancer prevention and control*. 58th World Health Assembly. 2005.
- Buchan J, Calman L. *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. Ginebra, Suiza, Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras. Se puede consultar en: <http://www.icn.chemotherapy>. Consultado el 3 de octubre de, 2005.
- World Health Organization. *Global Health Atlas*. 2004. Se puede consultar en: <http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>. Consultado el 3 de octubre de del 2005.
- Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004;364:1451-56.
- Buchan J, Kingma M, Lorenzo FM. *International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications. Issue paper 5*. Ginebra, Suiza, Consejo Internacional de Enfermeras. Issue paper 5. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras, 2005. Se puede consultar en: <http://www.icn.chemotherapy>. Consultado el 3 de octubre de 3,del 2005.
- Buchan J. International rescue? The dynamics and policy implications of the international recruitment of nurses to the UK. *J Health Serv Res Policy* 2004;9(Suppl. 1):10-6.
- Recruitment of Health Workers From the Developing World. Report by the Secretariat. En: *WHO Executive Board 114th Session*, April 19, 2004. Ginebra, Suiza: OMS, 2004:1-5.
- Remennick LI. Preventive behavior among recent immigrants: Russian-speaking women and cancer screening in Israel. *Soc Sci Med* 1999;48:1669-84.

33. Aubel J, Rabei H, Mukhtar M. Health workers' attitudes can create communication barriers. *World Health Forum* 1991;12:466-71.
34. Pfeffer N. Screening for breast cancer: candidacy and compliance. *Soc Sci Med* 2004;58:151-60.
35. Pisani P, Parkin DM, Ngelangel C, Esteban D, Gibson L, Munson M, et al. Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Philippines. *Int J Cancer* 2005.
36. Ellman R, Angeli N, Christians A, Moss S, Chamberlain J, Maguire P. Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *Br J Cancer* 1989;60:781-4.
37. Gram IT, Slenker SE. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health* 1992;82:249-51.
38. Lerman C, Trock B, Rimer BK, Boyce A, Jepson C, Engstrom PF. Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Ann Intern Med* 1991;114:657-61.
39. Remennick LI. Breast screening practices among Russian immigrant women in Israel. *Women Health* 1999;28:29-51.
40. Weerakkody G, Ray P. CSCW-based system development methodology for health-care information systems. *Telemed J E Health* 2003;9:273-82.
41. Montagu D. Franchising of health services in low-income countries. *Health Policy Plan* 2002;17:121-30.
42. Kemper P, Reschovsky JD, Tu HT. Do HMOs make a difference? Summary and implications. *Inquiry* 1999;36:419-25.
43. Blendon RJ, Donelan K, Leitman R, et al. Physicians' perspectives on caring for patients in the United States, Canada, and West Germany. *N Engl J Med* 1993;328:1011-6.
44. Born PH, Query JT. Health maintenance organization (HMO) performance and consumer complaints: an empirical study of frustrating HMO activities. *Hosp Top* 2004;82:2-9.
45. Yasnoff WA, Humphreys BL, Overhage JM, et al. A consensus action agenda for achieving the national health information infrastructure. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:332-8.
46. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet* 2004;364:1541-8.
47. Hernandez SR. Horizontal and vertical healthcare integration: lessons learned from the United States. *Healthc Pap* 2000;1:59-66; discussion 104-7.
48. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004;364:1365-70.
49. Russell S. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Trop Med Hyg* 2004;71(Suppl. 2):147-55.
50. Maynard A, Bloor K. Universal coverage and cost control: the United Kingdom National Health Service. *J Health Hum Serv Adm* 1998;20:423-41.
51. Bailes JS. Use and coverage of novel cancer agents in managed care. *Semin Oncol* 1994;21(6 Suppl. 14):34-7.
52. Singh N, Gupta M, Fell D, Gangbar E. Impact and inequity of inpatient waiting times for advanced cardiovascular services in community hospitals across the greater Toronto area. *Can J Cardiol* 1999;15:777-82.
53. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364:1273-80.
54. Cohen JW, Krauss NA. Spending and service use among people with the fifteen most costly medical conditions, 1997. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:129-38.
55. Omenn GS. Prevention policy: perspectives on the critical interaction between research and policy. *Prev Med* 1994;23:612-7.
56. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures, 2005*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2005.
57. Radice D, Redaelli A. Breast cancer management: quality-of-life and cost considerations. *Pharmacoeconomics* 2003;21:383-96.
58. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffkin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1469-83.
59. Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, et al. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Ginebra, Suiza: OMS, 2003.
60. Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 2003;361:717-25.
61. Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher DW, Evans DB, Murray CJ. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *BMJ* 2003;327:154-7.
62. Dziekan G, Chisholm D, Johns B, Rovira J, Hutin YJ. The cost-effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in healthcare settings. *Bull World Health Organ* 2003;81:277-85.
63. Baltussen R, Sylla M, Mariotti SP. Cost-effectiveness analysis of cataract surgery: a global and regional analysis. *Bull World Health Organ* 2004;82:338-45.
64. Smith RA, Caleffi M, Albert U-S, et al. for the Global Summit Early Detection and Access to Care Panel. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. *Breast J* 2006. En prensa.
65. Shyyan R, Masood S, Badwe RA, et al. for the Global Summit Diagnosis and Pathology Panel. Breast cancer in limited resource countries: diagnosis and pathology. *Breast J* 2006; En prensa.
66. Eniu AE, Carlson RW, Aziz Z, et al. for Global Summit Treatment and Allocation of Resources Panel. Breast cancer in limited resource countries: treatment and allocation of resources. *Breast J* 2006. En prensa.
67. Mathew A, Cowley S, Bliss J, Thistlewood G. The development of palliative care in national government policy in England, 1986-2000. *Palliat Med* 2003;17:270-82.
68. McCabe MS, Varricchio CG, Padberg R, Simpson N. Women's health advocacy: its growth and development in oncology. *Semin Oncol Nurs* 1995;11:137-42.
69. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy Plan* 1999;14:115-26.
70. David A. Women's health. Community input into health. *Nurs Times* 1995;91:30-1.
71. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan* 2000;15:263-9.
72. Kumar S. Non-governmental report spells out failings in India's health care. *Lancet* 1998;352:380.
73. LaFond AK, Brown L, Macintyre K. Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage* 2002;17:3-22.
74. Sahn D, Bernier R. Have structural adjustments led to health sector reform in Africa? *Health Policy* 1995;32:193-214.
75. Bitran R. Efficiency and quality in the public and private sectors in Senegal. *Health Policy Plan* 1995;10:271-83.
76. Msuya JM, Nyaruhucha CN, Kaswahili J. Does preventive health care have a chance in the changing health sector in Tanzania? *East Afr Med J* 2003;80:135-9.

77. Ramirez SP, Durai TT, Hsu SI. Paradigms of public-private partnerships in end-stage renal disease care: the National Kidney Foundation Singapore. *Kidney Int Suppl* 2003;S101–S107.
78. Kalediene R, Nadisauskiene R. Women's health, changes and challenges in health policy development in Lithuania. *Reprod Health Matters* 2002;10:117–26.
79. Gilson L, Sen PD, Mohammed S, Mujinja P. The potential of health sector non-governmental organizations: policy options. *Health Policy Plan* 1994;9:14–24.
80. Putoto G. The role of Northern NGOs (Non-Governmental Organisations) in rehabilitating the health sector in post-conflict settings: a need for a critical analysis. *World Hosp Health Serv* 1997;33:17–21.
81. Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Soc Sci Med* 2003;56:725–38.
82. Puertas B, Schlessler M. Assessing community health among indigenous populations in Ecuador with a participatory approach: implications for health reform. *J Community Health* 2001;26:133–47.
83. Schuler SR, Bates LM, Islam MK. Paying for reproductive health services in Bangladesh: intersections between cost, quality and culture. *Health Policy Plan* 2002;17:273–80.
84. Gonzalez-Block MA. Health policy and systems research agendas in developing countries. *Health Res Policy Syst* 2004;2:6.
85. Sule SS. Community participation in health and development. *Niger J Med* 2004;13:276–81.
86. Nayar K, Kyobutungi C, Razum O. Self-help: what future role in health care for low and middle-income countries? *Int J Equity Health* 2004;3:1.
87. Macintyre K, Lochigan M, Letipila F. Understanding referral from primary care clinics in rural Kenya: using health information systems to prioritize health services. *Int J Health Plann Manage* 2003;18:23–39.
88. The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 2000;36:2288–93.
89. Errico KM, Rowden D. Experiences of breast cancer survivor-advocates and advocates in countries with limited resources: a shared journey in breast cancer advocacy. *Breast J* 2006;12(Suppl. 1):S111–6.
90. Braun S. The history of breast cancer advocacy. *Breast J* 2003;9(Suppl. 2):S101–S103.
91. Financial statement. *Breast J* 2006;12(Suppl. 1):S121.