

Cáncer de mama metastásico en México: Un llamado a la acción

Febrero de 2016



Instituto Nacional
de Cancerología

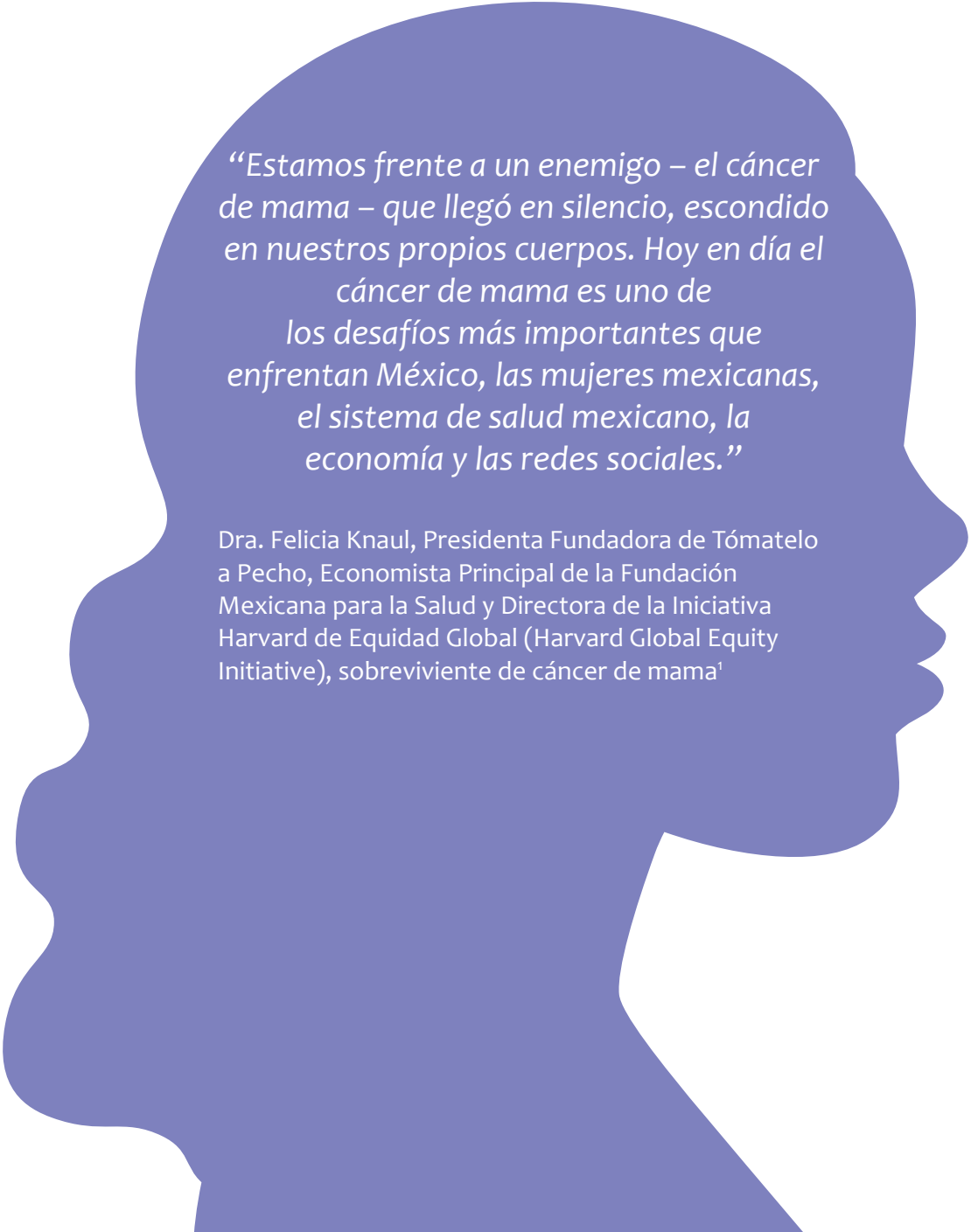


Este reporte fue elaborado por la Health Policy Partnership y fue financiado por Pfizer Inc. Agradecemos sus útiles comentarios y adiciones al documento a todas las personas que contribuyeron al mismo.

Índice

Cáncer de mama metastásico en México: Un llamado a la acción	4
1. Reducir el número de cánceres de mama que son diagnosticados en un estadio avanzado	9
¿Por qué es importante esto?	10
¿Cuál es la situación en México?	10
¿Qué se puede hacer?	11
Estudio de caso: el programa Oportunidades	12
2. Incluir al cáncer de mama metastásico en el discurso público sobre el cáncer de mama	15
¿Por qué es importante esto?	16
¿Cuál es la situación en México?	17
¿Qué se puede hacer?	19
3. Brindar a las mujeres y a sus familias información y apoyo respetuosos de su cultura	19
¿Por qué es importante esto?	20
¿Cuál es la situación en México?	20
¿Qué se puede hacer?	21
4. Cubrir las necesidades de las mujeres más jóvenes con MBC	23
¿Por qué es importante esto?	24
¿Cuál es la situación en México?	24
¿Qué se puede hacer?	25
5. Mejorar el acceso a atención de alta calidad para las mujeres con MBC	27
¿Por qué es importante esto?	28
¿Cuál es la situación en México?	28
¿Qué se puede hacer?	31
Estudio de caso: el Seguro Popular	32
Referencias	34

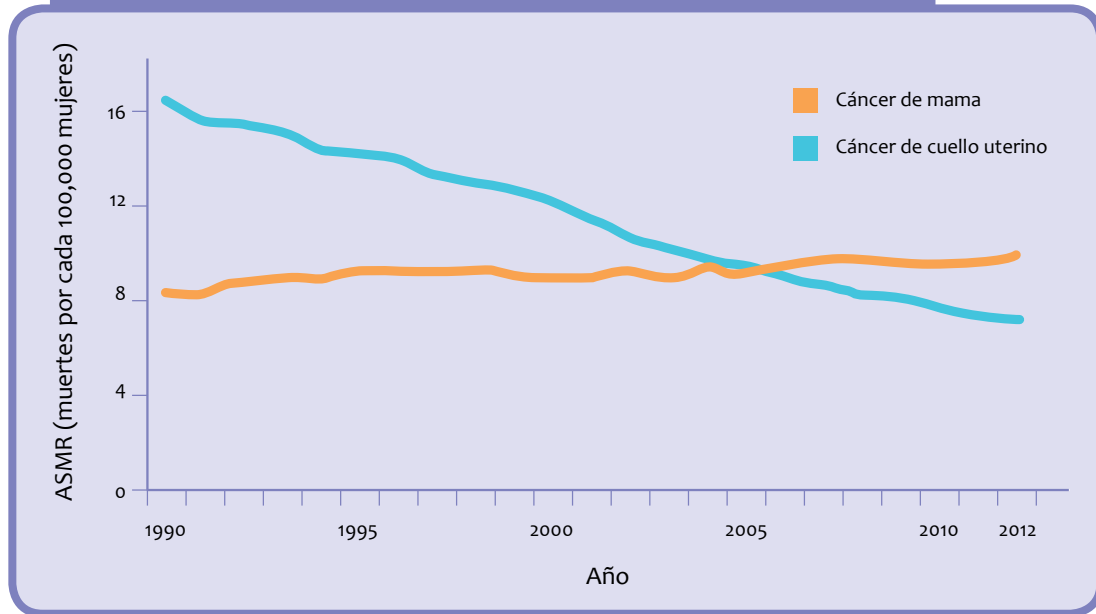
Cáncer de mama metastásico en México: Un llamado a la acción



“Estamos frente a un enemigo – el cáncer de mama – que llegó en silencio, escondido en nuestros propios cuerpos. Hoy en día el cáncer de mama es uno de los desafíos más importantes que enfrentan México, las mujeres mexicanas, el sistema de salud mexicano, la economía y las redes sociales.”

Dra. Felicia Knaul, Presidenta Fundadora de Tómatelo a Pecho, Economista Principal de la Fundación Mexicana para la Salud y Directora de la Iniciativa Harvard de Equidad Global (Harvard Global Equity Initiative), sobreviviente de cáncer de mama¹

Desde 2006 el cáncer de mama ha superado al cáncer de cuello uterino como la principal causa de muerte en mujeres mexicanas.



Adaptado de: Knaul et al. 2008²

El cáncer de mama en cifras

20,444 casos nuevos en mujeres al año (2012)³

5,680 muertes en mujeres al año (2012)³

El cáncer de mama representa un 25% de los diagnósticos de cáncer en mujeres y un **14%** de las muertes por cáncer en mujeres (2012)³

Incremento anual de la incidencia de 5.8% entre 1980 y 2010⁴

39% de los casos y 27% de las muertes se presentan antes de los 50 años de edad (2012)³

Mejora de **30% a 70%** de la supervivencia global a 30 meses a partir de la introducción de la cobertura del Seguro Popular en 2003.^{5,6}

Cada día mueren **15** mujeres a causa de cáncer de mama en México.⁷

Un 66% de las muertes por cáncer de mama podría evitarse a través de una detección más temprana y de un mejor acceso al diagnóstico y la atención.⁸

En México sigue siendo un enorme desafío la elevada proporción de mujeres a quienes se diagnostica la enfermedad avanzada (en estadios tardíos), lo cual se traduce en tasas de supervivencia más bajas en comparación con muchos países industrializados.^{9 11}

	México	Estados Unidos
% de los cánceres de mama diagnosticado en un estadio avanzado (estadio III o IV)	40-50% ^{9;10}	<10% ¹¹

El cáncer de mama metastásico (estadio IV) es la forma más avanzada de cáncer de mama.⁵

El cáncer de mama metastásico (MBC) se define como aquél en el cual el tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo. El MBC es una condición incurable.¹²

La supervivencia mediana en las mujeres con MBC es de 2-3 años. Sin embargo, con un tratamiento eficaz, atención y soporte muchas mujeres pueden vivir mucho más tiempo.¹²

Las mujeres con MBC a menudo son “olvidadas”⁹ dentro de la comunidad con cáncer de mama.

Un 82% de las mujeres mexicanas con MBC siente que nadie entiende por lo que está pasando.¹³

Un 36% es incapaz de encontrar la información que necesita como apoyo para entender su condición y manejarla día a día.¹³

Es momento de prestar mayor atención a las necesidades de este grupo olvidado de mujeres⁹ para ayudarles a vivir una vida lo más plena posible por el mayor tiempo posible.

¿Qué se necesita para mejorar las vidas de las mujeres con MBC en México?

Prioridad 1

Reducir los números de cánceres de mama que son diagnosticados en estadios avanzados – a través de una mayor concientización del público y de intervenciones dirigidas tales como una detección temprana en poblaciones específicas.

Prioridad 2

Incluir al MBC en el discurso público sobre el cáncer de mama – asegurándonos de que las experiencias de las mujeres con MBC sean reflejadas apropiadamente.

Prioridad 3

Brindar a las mujeres con MBC y a sus familias información y apoyo respetuosos de su cultura para ayudarles a tomar el control de su condición y a alcanzar la mejor calidad de vida posible.

Prioridad 4


Abordar las necesidades específicas de las mujeres más jóvenes con MBC.

Prioridad 5

Mejorar el acceso a una atención de alta calidad para las mujeres con MBC haciendo el mejor uso de los recursos existentes para ofrecer a todas las mujeres un diagnóstico, un tratamiento y una atención óptimos incluyendo atención paliativa.

PRIORIDAD 1

Reducir el número de cánceres de mama que son diagnosticados en un estadio avanzado



“Combatir los mitos que rodean al cáncer de mama para poder luchar contra él de forma más efectiva... El estigma, el machismo y la discriminación son los mayores obstáculos para la detección precoz del cáncer de mama... Cáncer de mama avanzado y metastásico como resultado de una serie de oportunidades perdidas.»

Felicia Knaul en el Simposio Internacional Mujer Joven y Cáncer de Mama: retos y respuestas.
Octubre de 2014

¿Por qué es importante esto?

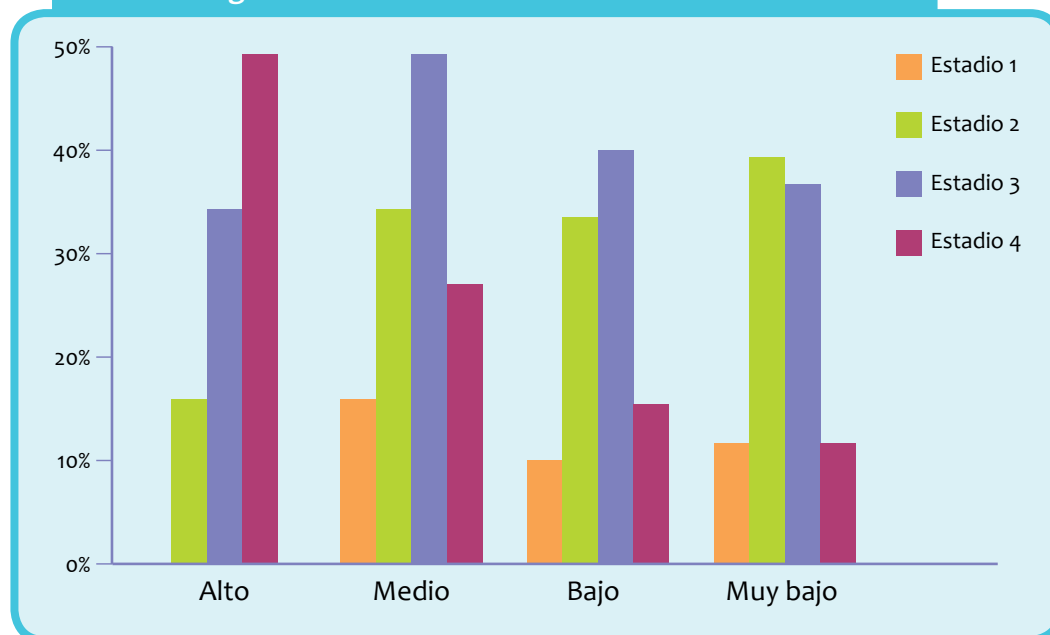
- ➔ **Los cánceres de mama que se detectan en un estadio tardío tienen un pronóstico más desfavorable.** Con base en datos de 2000, apenas un 14% de las mujeres con cáncer de mama metastásico (estadio IV) sobrevivirá 5 años, en comparación con 89% de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer de mama en estadio I.⁹
- ➔ **La detección tardía del cáncer de mama conlleva un costo significativo para el sistema de salud** - los costos de la atención del MBC son 3 a 4 veces los costos de la atención de la enfermedad en estadio temprano.⁹
- ➔ **Hasta un 66% de las muertes por cáncer de mama en México podría evitarse** a través de una detección más temprana y de un mejor acceso al diagnóstico y la atención.⁸

¿Cuál es la situación en México?

1. **La proporción de los casos de cáncer de mama que se detecta en el estadio IV (metastásico) varía de aproximadamente 10% en las áreas de baja marginalidad social a 50% en algunas de las comunidades más pobres de México.**¹⁴

Datos sobre más de 1900 mujeres con cáncer de mama tratadas en el IMSS en 2002 sugieren que aproximadamente un 12% de los casos de cáncer de mama era metastásico al efectuarse el diagnóstico inicial.⁹ Sin embargo, esta proporción varía considerablemente según la región y el nivel de marginalidad social tal como lo ilustra a continuación la **Figura 2**.

Figura 2: Distribución de los cánceres de mama por estadio por nivel de marginalidad social en México¹⁴



Fuente: Knaul, FM. Basado en datos del IMSS, 2006¹⁴

2. A muchas mujeres mexicanas no se les realizan exámenes clínicos de las mamas o mastografías regulares.

Los lineamientos clínicos nacionales recomiendan un examen clínico anual para todas las mujeres mayores de 26 años de edad y una mastografía cada 2 años para las mujeres de 40 a 69 años de edad.¹⁵

Muchas mujeres mexicanas están a menudo poco informadas acerca de la importancia de la detección temprana¹⁶ y puede que no haya recursos disponibles para el diagnóstico y la detección, en particular en las áreas rurales o socialmente marginadas.^{16;17}

En muchos casos los médicos de primer contacto no piensan en realizar un examen clínico de las mamas o en exhortar a sus pacientes de sexo femenino a realizarse mastografías regulares.^{12-14;18}

Por ejemplo, datos derivados de una encuesta a nivel nacional (ENSANUT, 2012) indican que:

- de las mujeres mayores de 20 años que habían buscado atención, **apenas a un 36%** se le había realizado un examen clínico de las mamas;¹⁴
- **apenas a un 41%** de las mujeres de 40-69 años se le había ofrecido una mastografía.¹⁹

3. Factores socioculturales y la estigmatización pueden representar una barrera significativa para la detección temprana.

Factores socioculturales también pueden contribuir a la detección tardía del cáncer de mama.¹⁶ Algunas mujeres con cáncer de mama pueden sufrir exclusión social y abandono dentro de sus comunidades, en particular en áreas más pobres donde la comprensión del cáncer de mama puede ser menor.²⁰ Las mujeres también pueden llegar a sentir una pérdida de identidad sexual y sentirse estigmatizadas por sus parejas de sexo masculino debido a la cultura del machismo.^{14;18}

¿Qué se puede hacer?

Mantener al cáncer de mama como una prioridad de salud pública en México – continuar los esfuerzos por promover la toma de conciencia sobre el cáncer de mama a los niveles nacional y estatal, tal como se recomienda en el Programa Sectorial de Salud para 2013-2018 (PROSESA).^{8;21}

Seguir integrando mensajes sobre el cáncer de mama en las campañas federales contra la pobreza – hacer énfasis en la importancia de la detección temprana para las mujeres e incluir mensajes dirigidos a los hombres para intentar eliminar el estigma asociado con el cáncer de mama.^{17;21}

Aprovechar los programas existentes para incluir exámenes clínicos de las mamas en los chequeos de salud generales ofrecidos a las mujeres de las comunidades más pobres (por ejemplo, ‘Prospera’).

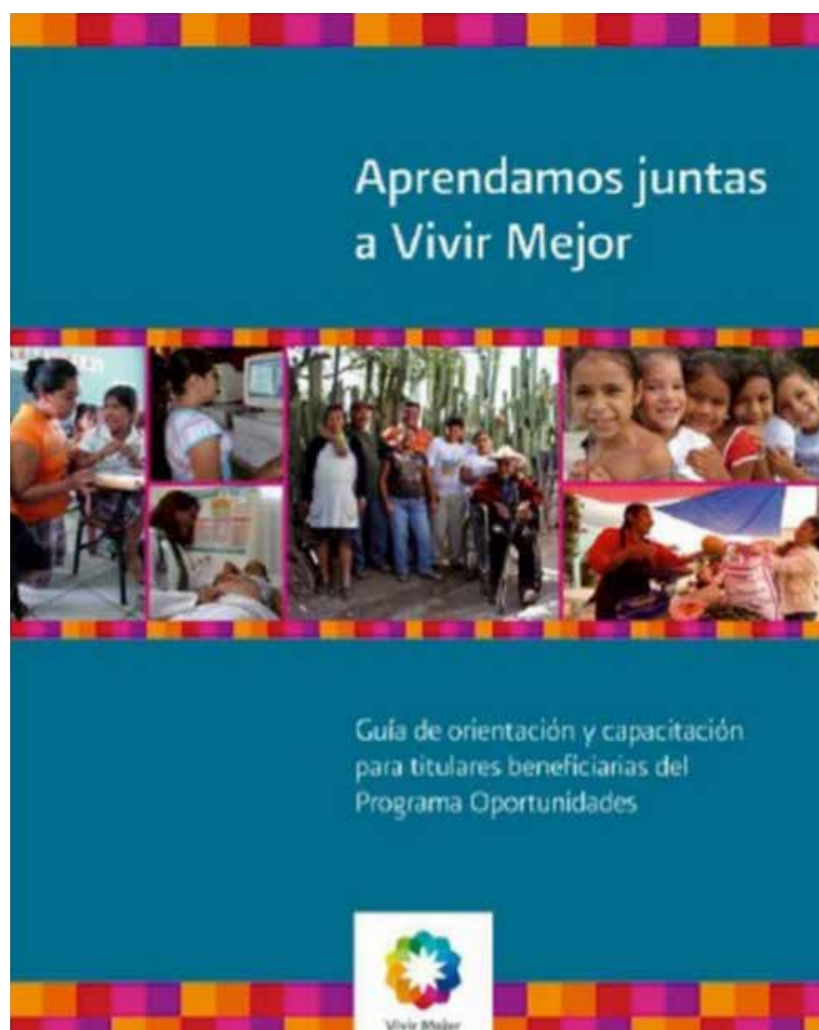
Capacitación para los profesionales - incluir capacitación sobre la importancia de los exámenes clínicos de las mamas y la detección temprana en el plan de estudios nacional para los médicos de atención primaria, los trabajadores de salud comunitaria y otros médicos de primer contacto relevantes,¹⁷ además de asegurar que dichos temas sean incluidos en las actualizaciones obligatorias de los conocimientos de los médicos.

Estudio de caso

Integración de mensajes sobre la detección temprana en los materiales de salud pública dirigidos a las familias más pobres

Guía de orientación y capacitación para titulares beneficiarias del programa Oportunidades – incluye información sobre el cáncer de mama y la detección temprana desde 2009/10.¹²

- Se han enviado 1.5 millones de copias a promotoras de la salud y trabajadores de salud comunitaria.
- Alcance potencial de 5.8 millones de familias – más de 90% de las familias pobres del país.



Capacitación de las promotoras de la salud sobre el cáncer de mama y la importancia de la detección temprana

Los trabajadores de salud comunitaria son parte integral de la fuerza laboral de salud en México. A pesar de que carecen de una educación clínica formal, pueden ser muy eficaces para alentar a las mujeres a buscar un diagnóstico más temprano.²²

En 2012 Tómatelo a Pecho, en conjunción con la Fundación Mexicana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, lanzó un programa de capacitación para las promotoras de la salud para fomentar la detección más temprana del cáncer de mama.²² El programa incluyó un componente de “capacitación del capacitador” para estimular el desarrollo de capacidad dentro de diferentes comunidades.

El programa contó con el apoyo de la Secretaría de Salud de los estados de Jalisco y Nuevo León, donde se aplicaron los programas piloto.

- Capacitación de 4000 promotoras de la salud, 1400 enfermeras y médicos y 750 pasantes de medicina.
- Publicación de dos manuales de capacitación.

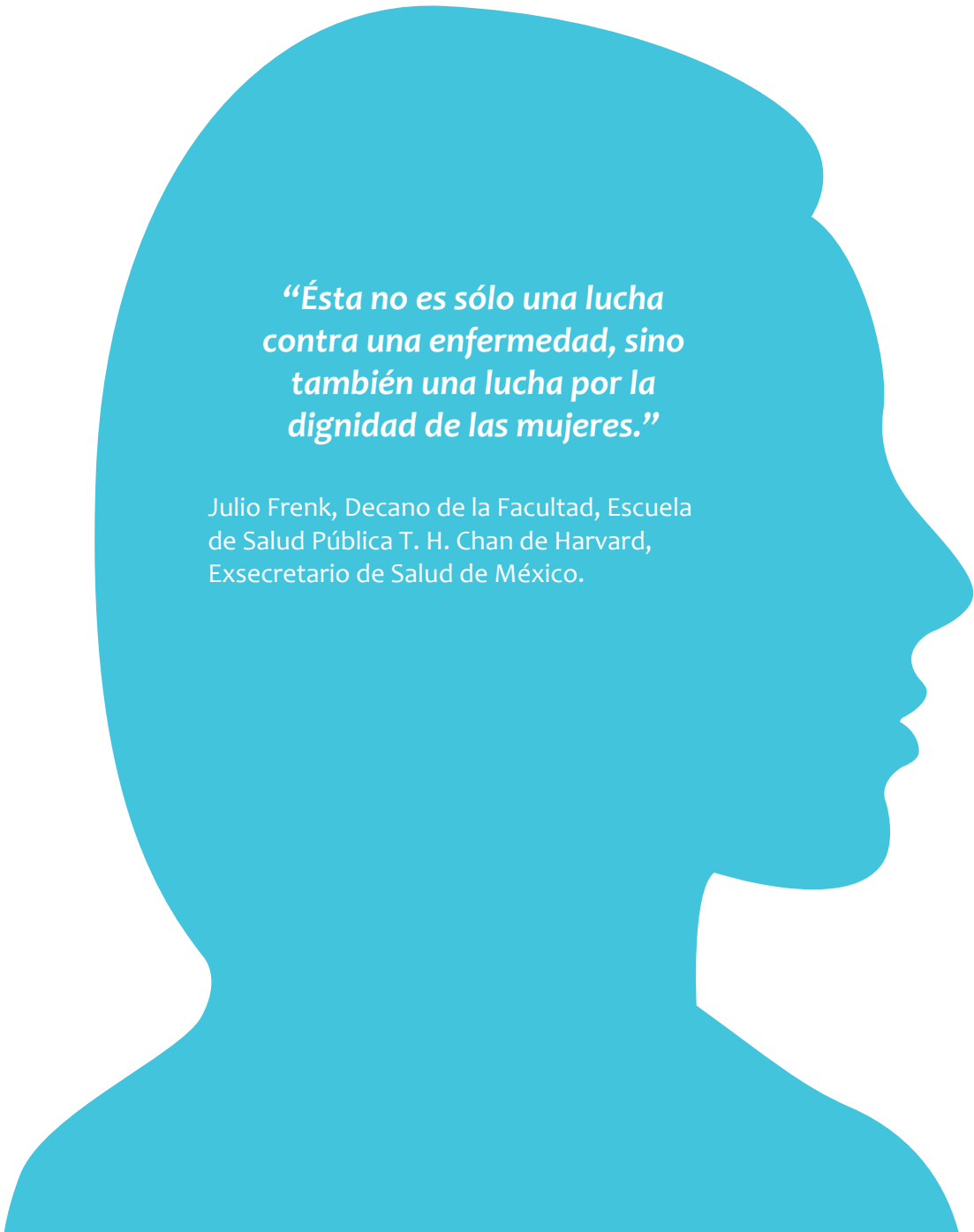


El programa de capacitación dio paso a un programa más amplio de capacitación de trabajadores de atención primaria encabezado por el IMSS, el cual incluyó:

- La acreditación de 10,000 trabajadores de atención primaria capacitados sobre la importancia de la detección temprana y los exámenes clínicos de las mamas.

PRIORIDAD 2

Incluir al cáncer de mama metastásico en el discurso público sobre el cáncer de mama



*“Ésta no es sólo una lucha
contra una enfermedad, sino
también una lucha por la
dignidad de las mujeres.”*

Julio Frenk, Decano de la Facultad, Escuela
de Salud Pública T. H. Chan de Harvard,
Exsecretario de Salud de México.

¿Por qué es importante esto?

- ➔ **Las voces de las mujeres con MBC han sido excluidas hasta ahora del diálogo sobre el cáncer de mama** – ya que los medios y los grupos de defensa de México y el mundo se han enfocado preponderantemente en el cáncer de mama en estadio temprano.
- ➔ **El MBC es visto a menudo como una “causa perdida”** – pero las mujeres con MBC pueden vivir muchos años.
- ➔ **El tratamiento eficaz y el apoyo pueden desempeñar un papel significativo** en el mejoramiento de los resultados de las mujeres con MBC y ayudarles a tomar el control de su condición.

¿Cuál es la situación en México?

1. La mayoría de las personas sabe muy poco sobre – y tiene una comprensión limitada de – el MBC.

En una encuesta global de mujeres con cáncer de mama avanzado (el cual incluye al MBC), un 82% de las mexicanas que respondieron a la encuesta señaló que sentía que nadie entendía por lo que estaba pasando, en comparación con un 67% de las mujeres de Argentina y Brasil que respondieron a la encuesta.¹³

2. Las mujeres con MBC se sienten a menudo aisladas, e incluso estigmatizadas, dentro de la comunidad con cáncer de mama.

Un 22% de las mujeres mexicanas entrevistadas en la encuesta antes mencionada señaló sentir **exclusión de la comunidad con cáncer de mama**,¹³ la cual tiende a enfocarse en el cáncer de mama en estadio temprano comunicando mensajes de prevención y curación.²³

Dichos mensajes, aunque importantes, pueden llevar inadvertidamente a la estigmatización de las mujeres con MBC. Por ejemplo, algunas personas pueden llegar a creer que si una mujer padece MBC, es porque no se cuidó, y que su cáncer pudo haberse prevenido.²⁴

¿Qué se puede hacer?

Los grupos de defensa del cáncer de mama y las sociedades profesionales deberán desarrollar materiales dirigidos para ayudar a mejorar la comprensión del MBC por parte del público y disipar algunas de las ideas erróneas sobre el MBC.

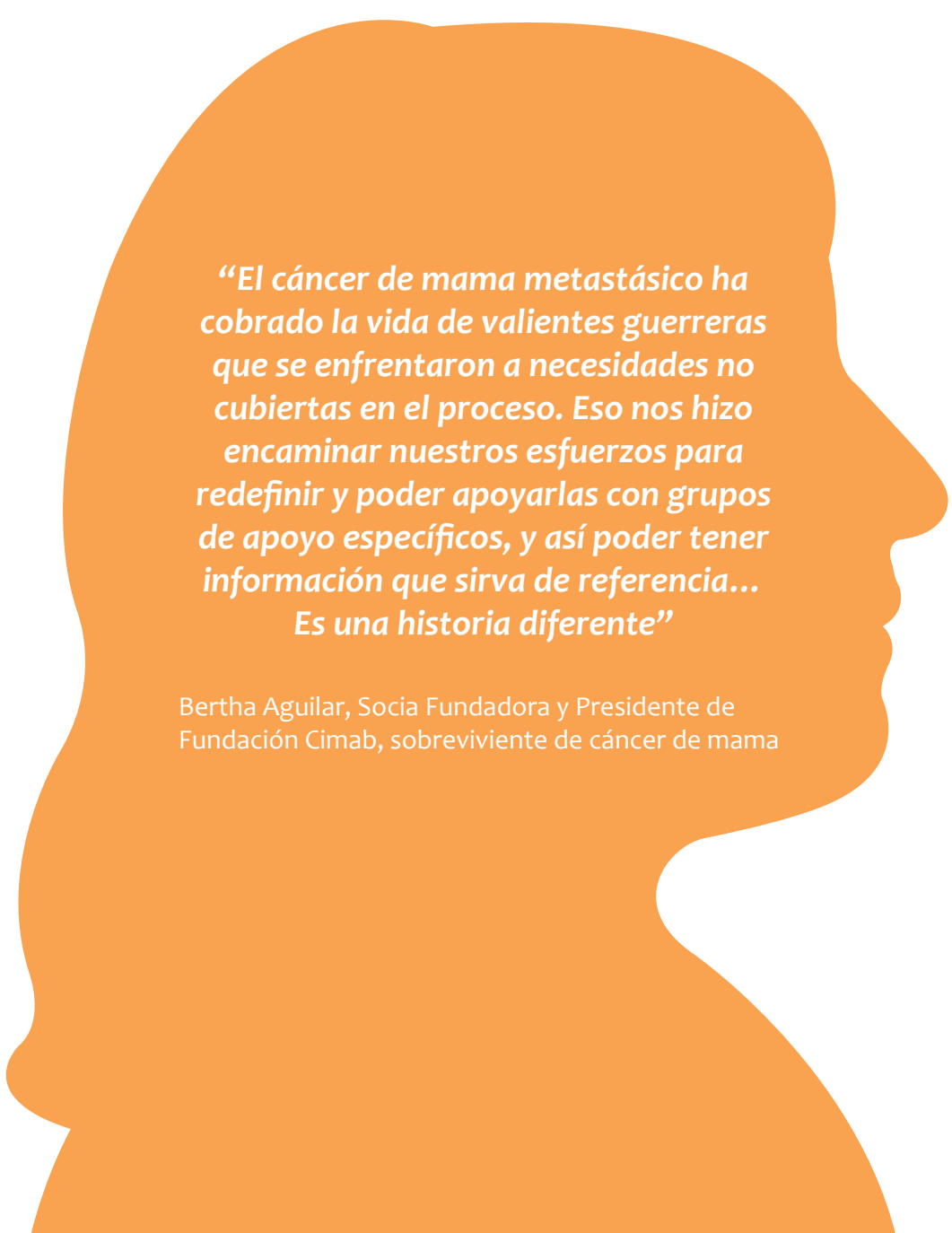
Se deberán obtener y adaptar recursos de organizaciones de otros países que se enfocan en el MBC, tales como METAVIVOR o la Red del Cáncer de Mama Avanzado en los Estados Unidos o EuropaDonna en Europa.

Las organizaciones de pacientes con cáncer de mama deberán incluir las voces y las experiencias de las mujeres con MBC en sus materiales y sus campañas para ayudarlas a sentirse más incluidas en la comunidad con cáncer de mama.



PRIORIDAD 3

Brindar a las mujeres y a sus familias información y apoyo respetuosos de su cultura



“El cáncer de mama metastásico ha cobrado la vida de valientes guerreras que se enfrentaron a necesidades no cubiertas en el proceso. Eso nos hizo encaminar nuestros esfuerzos para redefinir y poder apoyarlas con grupos de apoyo específicos, y así poder tener información que sirva de referencia... Es una historia diferente”

Bertha Aguilar, Socia Fundadora y Presidente de Fundación Cimab, sobreviviente de cáncer de mama

¿Por qué es importante esto?

- ➔ Una de las cosas más difíciles con las que tienen que lidiar las mujeres con MBC es la sensación de falta de control sobre sus vidas.²⁵
- ➔ El brindar información y apoyo a las mujeres con MBC y a sus familias puede ayudarles a sentir mayor control sobre la enfermedad^{25;26} y a manejar el impacto emocional, psicológico y práctico que la condición tiene sobre sus vidas.²⁷
- ➔ Se ha demostrado además que **el contar con información reduce la ansiedad, la depresión, el dolor** y otros síntomas negativos en las mujeres con MBC.^{27;28}

¿Cuál es la situación en México?

1. Las mujeres con MBC a menudo no reciben el apoyo emocional que necesitan de su equipo de atención.

En la encuesta global de mujeres con cáncer de mama avanzado mencionada anteriormente, **tres cuartas partes de las mujeres sentían que el apoyo emocional que recibían era inadecuado** – ello a pesar de estar satisfechas con la atención médica que recibían de sus médicos.¹³

El apoyo a las familias de las mujeres con MBC también reviste una importancia crítica.

2. A menudo falta información dirigida acerca del MBC o la misma es difícil de encontrar.

En la encuesta antes mencionada, un **36% de las mujeres mexicanas sentía que era difícil encontrar información apropiada.**¹³

Incluso en aquellos casos en los cuales había información disponible sobre el cáncer de mama, 56% de las mujeres sentía que la misma no satisfacía sus necesidades específicas.¹³

Esta falta de información culturalmente apropiada para las mujeres con MBC también ha sido reportada en otros países y contrasta marcadamente con la abundancia de información que a menudo hay disponible para las mujeres con enfermedad más temprana.²⁷⁻²⁹

Las áreas en las cuales falta a menudo información para las mujeres con MBC incluyen las siguientes:

- Información general acerca del MBC.³⁰
- Información sobre el balance entre los riesgos y los beneficios de los tratamientos existentes.³¹
- El dolor y la atención paliativa para controlar el dolor.^{4,12,31}
- Tratamientos disponibles, futuros tratamientos médicos y futuras investigaciones.²⁴
- Recursos existentes, por ejemplo, apoyo psicológico y asesoría.^{4,12,24}

¿Qué se puede hacer?

Invertir en la capacitación formal de las promotoras de la salud, los enfermeros y enfermeras y los médicos de nivel primario acerca del cáncer de mama – para ayudarles a brindar un apoyo apropiado a las mujeres con cáncer de mama y a facilitar su reintegración a la comunidad tanto durante como después del tratamiento.²²

Las organizaciones para el cáncer de mama deberán desarrollar programas dirigidos que cubran las necesidades específicas de las mujeres con MBC y de sus familias – ofreciéndoles apoyo emocional y práctico.¹⁹



PRIORIDAD 4

Cubrir las necesidades de las mujeres más jóvenes con MBC



¿Por qué es importante esto?

- ➔ El cáncer de mama es la segunda causa de muerte y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de 30 a 54 años de edad en México.^{14;17}
- ➔ Los cánceres que se detectan a una edad más temprana tienden a ser más agresivos y con frecuencia se detectan en un estadio más avanzado.^{32;33}
- ➔ La mayoría de las mujeres jóvenes a quienes se diagnostica MBC trabaja y puede tener responsabilidades de cuidado considerables dentro de su familia.

¿Cuál es la situación en México?

1. Aproximadamente 20% de los casos de cáncer de mama y de las muertes por cáncer de mama se presenta en mujeres menores de 45 años – una proporción mucho más alta que la observada en Norteamérica o en Europa.^{3;34}

Las razones de esto son complejas pero incluyen la adopción creciente de estilos de vida “occidentales” y la disminución de las tasas de fertilidad, en particular en las mujeres jóvenes de áreas urbanas.^{33;35;36}

	México	Norteamérica y Europa
% de los casos de cáncer de mama que se presenta en mujeres de <45 años de edad	25% ³⁵	11% ³⁵

2. Las mujeres más jóvenes con MBC necesitan un apoyo psicológico considerable.

Un diagnóstico de MBC en las mujeres más jóvenes a menudo obliga a éstas a encarar cuestiones sumamente difíciles en relación con su sexualidad, la posible infertilidad debida al tratamiento y la alteración de la imagen corporal causada por la cirugía.³⁵

Las mujeres más jóvenes también son más vulnerables a la angustia emocional y a problemas psicológicos, de modo que son necesarios un apoyo y una atención psicológicos dedicados.³⁵

3. La carga financiera que supone el MBC puede ser particularmente alta para las mujeres más jóvenes.

Se estima que un 50% de las mujeres con MBC tiene que dejar su trabajo debido a su condición, lo cual representa una enorme pérdida económica para sus familias.³¹

Esto se suma a los costos de aspectos de la atención tales como el transporte y la nutrición que las pacientes usualmente tienen que pagar de su propio bolsillo.

¿Qué se puede hacer?

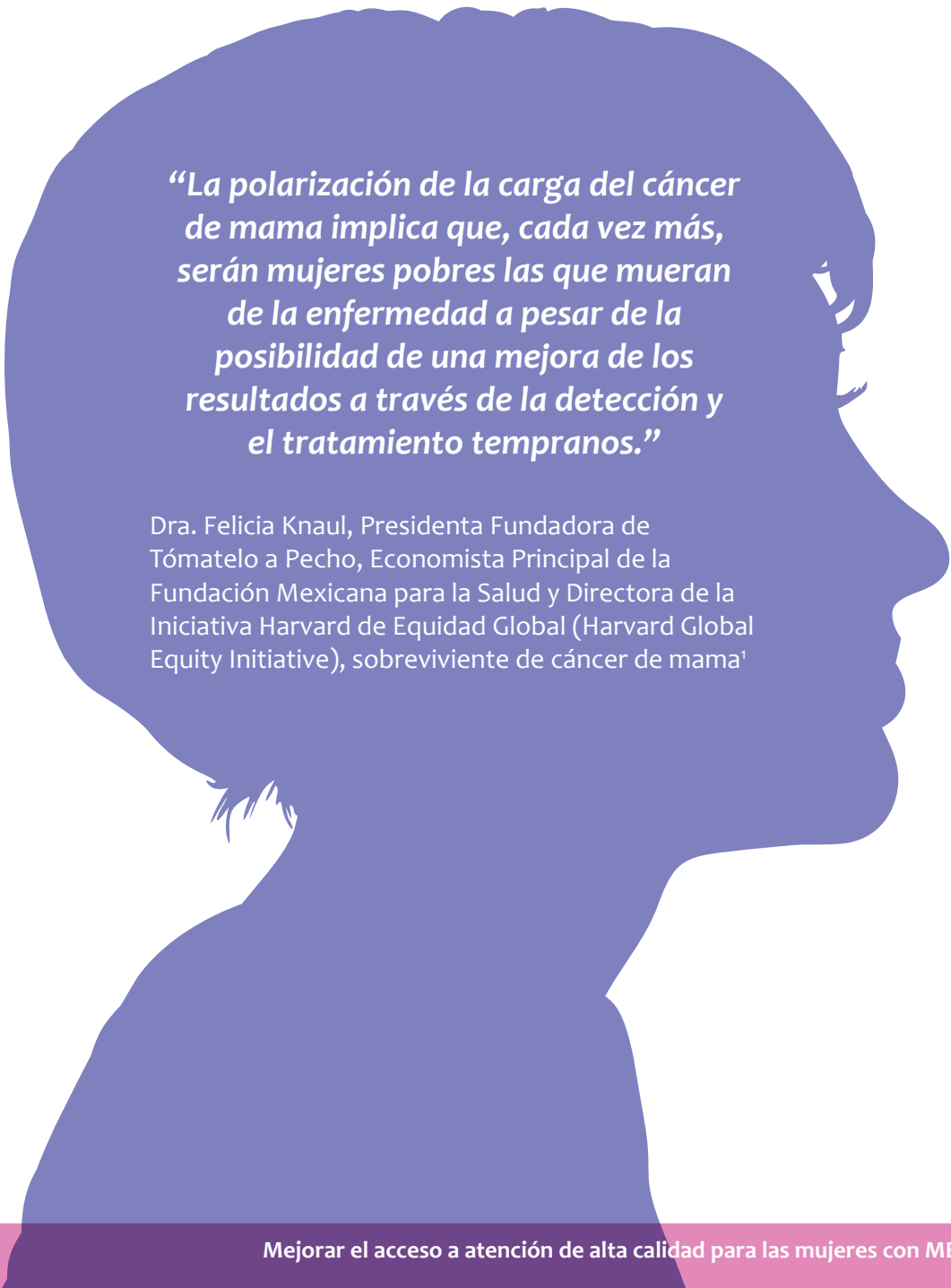
Incluir una concientización e información sobre el cáncer de mama como parte de la educación de salud pública en materia de salud reproductiva y sexual proporcionada a las mujeres, en particular en las áreas más pobres.

Desarrollar programas de atención de apoyo específicamente dirigidos a las mujeres jóvenes con MBC para ayudarles a manejar los aspectos psicológicos y emocionales de su condición, así como cuestiones específicas tales como la fertilidad y las responsabilidades familiares.



PRIORIDAD 5

Mejorar el acceso a atención de alta calidad para las mujeres con MBC



“La polarización de la carga del cáncer de mama implica que, cada vez más, serán mujeres pobres las que mueran de la enfermedad a pesar de la posibilidad de una mejora de los resultados a través de la detección y el tratamiento tempranos.”

Dra. Felicia Knaul, Presidenta Fundadora de Tómatelo a Pecho, Economista Principal de la Fundación Mexicana para la Salud y Directora de la Iniciativa Harvard de Equidad Global (Harvard Global Equity Initiative), sobreviviente de cáncer de mama¹

¿Por qué es importante esto?

- ➔ **México ocupa el primer lugar entre los países de la OCDE en términos de la proporción de la atención que es pagada del propio bolsillo.**³⁷
- ➔ **Programas tales como PROSESA han reconocido que resolver las inequidades en el acceso a la información, el diagnóstico y la atención es un paso crucial para reducir las tasas de mortalidad por cáncer de mama, particularmente en las mujeres mexicanas más pobres.**²¹
- ➔ **Los niveles de pobreza siguen siendo altos en muchos estados de México²¹ y el cáncer es a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza.**²⁹
Las mujeres más pobres enfrentan una doble carga de cáncer ya que las tasas más altas de cáncer de cuello uterino siguen presentándose en las mujeres más pobres, además de ser éstas las más susceptibles al diagnóstico tardío del cáncer de mama.^{6;14;22}
- ➔ **Existen lineamientos clínicos** para el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres con MBC al nivel internacional³⁸ y los lineamientos recientes sobre la atención del cáncer de mama en México también han sido actualizados recientemente.³⁹

¿Cuál es la situación en México?

- 1. Las mujeres que viven en áreas rurales o remotas a menudo tienen acceso limitado a servicios relacionados con el cáncer de mama y sufren demoras muy largas entre el diagnóstico y el tratamiento.**⁴⁰

La mayoría de las muertes por cáncer de mama prevenibles en México se presenta en las mujeres más pobres.²⁰

Las mujeres que viven en las áreas con mayor marginación social del país son las que están en mayor riesgo de que su cáncer sea detectado en un estadio tardío y, como resultado, presentan la supervivencia más desfavorable. Los motivos pueden incluir una comprensión inadecuada de la importancia del diagnóstico temprano, el miedo a la discriminación, la distancia a servicios oncológicos de calidad y las barreras financieras.²⁰

En adición a lo anterior, la poca disponibilidad de servicios oncológicos de alta calidad incluyendo personal de salud, laboratorios y equipo de diagnóstico^{16;17} puede agravar las inequidades entre las áreas rurales y las áreas urbanas en términos del acceso a la atención.⁴¹ A manera de ejemplo:

- **Los servicios de radioterapia** son muy escasos en varias regiones, al haber aproximadamente la mitad del número adecuado de equipos para satisfacer las necesidades de la población.⁴²
- **Los centros oncológicos especializados⁴¹** (Centros Estatales de Cancerología – CECs) y los especialistas⁴² se concentran sobre todo en las ciudades más grandes, lo cual a menudo obliga a muchas mujeres a viajar grandes distancias (pagando de su propio bolsillo) para buscar tratamiento.⁴²

2. Las reformas al Seguro Popular han tenido un enorme impacto en términos de la mejora del acceso a la atención para el cáncer de mama;⁵ sin embargo, para muchas mujeres los gastos que deben pagar de su propio bolsillo siguen siendo prohibitivos.

En 2006 el Seguro Popular, el seguro de salud de México, incluyó la protección contra “gastos catastróficos por motivos de salud” para las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. El acceso a la atención ha mejorado de manera considerable.

A pesar de esto, muchas mujeres siguen teniendo que cubrir costos considerables de su propio bolsillo, lo cual puede tener un efecto abrumador sobre las familias más pobres.⁴³ Por ejemplo, en una encuesta global que incluyó a 100 mujeres mexicanas con MBC tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), la mayoría de las mujeres enfrentaba dificultades financieras para pagar su atención, particularmente el transporte y la nutrición clínica.³¹



El manual del Seguro Popular indica todo lo que está cubierto para las mujeres con cáncer de mama.

Disponible en: http://tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Manual_SP2015.pdf.

3. No hay servicios de atención paliativa disponibles para la mayoría de las mujeres con MBC.

El acceso apropiado a la atención paliativa es un problema particular en México a pesar de que la misma es una parte esencial de la atención de las mujeres con MBC.^{29;44} Los servicios existentes tienden a concentrarse en un número limitado de hospitales de tercer nivel, habiendo una disponibilidad limitada en los entornos comunitarios.⁴¹

Las barreras culturales al uso de opiáceos para el manejo del dolor constituyen un problema particular que hace que muchas pacientes con MBC no reciban un alivio apropiado o adecuado de su dolor.^{41;44}

Una ley reciente (NOM 011 relacionada con cuidados paliativos) fue establecida con la intención de corregir esta situación y mejorar el acceso al manejo del dolor en México.

Comparación de las clínicas de atención paliativa existentes en México, Canadá y los Estados Unidos

País	Número de clínicas de atención paliativa	Tasa por número habitantes
México	14	1 por cada 7,829,000
Canadá	500	1 por cada 67,000
Estados Unidos	6,568	1 por cada 8000

Fuente: Adaptado de Knaul 2014.¹⁴

4. Las terapias dirigidas son reconocidas como un componente clave de la atención para la MBC;⁴⁵ sin embargo, con frecuencia el acceso es limitado por razones financieras.¹⁶

En una encuesta de especialistas en cáncer de mama de todo el país, casi la cuarta parte de los médicos señaló que seguía siendo incapaz de brindar el mejor tratamiento a sus pacientes por razones financieras.¹⁶ Además, las pruebas necesarias para identificar a las mujeres con mayor probabilidad de responder a terapias dirigidas dadas a menudo sólo están disponibles en el sector privado o en hospitales especializados seleccionados.⁴⁶

¿Qué se puede hacer?

Reducir las disparidades en el acceso al diagnóstico y al tratamiento – entre áreas geográficas y también entre el sector público y el sector privado.

Mejorar la planeación y la utilización de los recursos existentes para poder así brindar una prevención y una atención óptimas dentro de los límites que imponen los recursos existentes.^{29;47}

Asegurar una mejor distribución de los centros especializados en cáncer de mama certificados (Centros Estatales de Cancerología [CECs]) en todo el país, idealmente para contar con al menos una clínica de cáncer de mama acreditada en cada estado.

Fomentar la adherencia a los lineamientos clínicos a través de **educación profesional, telemedicina** y desarrollo de capacidad.^{29;42}

Mejorar el acceso a los medicamentos para controlar el dolor y desarrollar capacidad para brindar servicios de atención paliativa dentro de las comunidades locales²⁹ para aliviar la carga sobre los recursos hospitalarios (de por sí escasos y sobreexigidos) y permitir a las pacientes recibir esta atención más cerca de su lugar de residencia.⁴¹

Asegurar que las reformas a los seguros de salud proporcionen una cobertura universal de la mejor atención posible para el cáncer de mama a toda la población, estando disponibles los beneficios para todas las mujeres sin importar su nivel de ingresos.

Estudio de caso

Acceso universal al diagnóstico y la atención del cáncer de mama a través del Seguro Popular

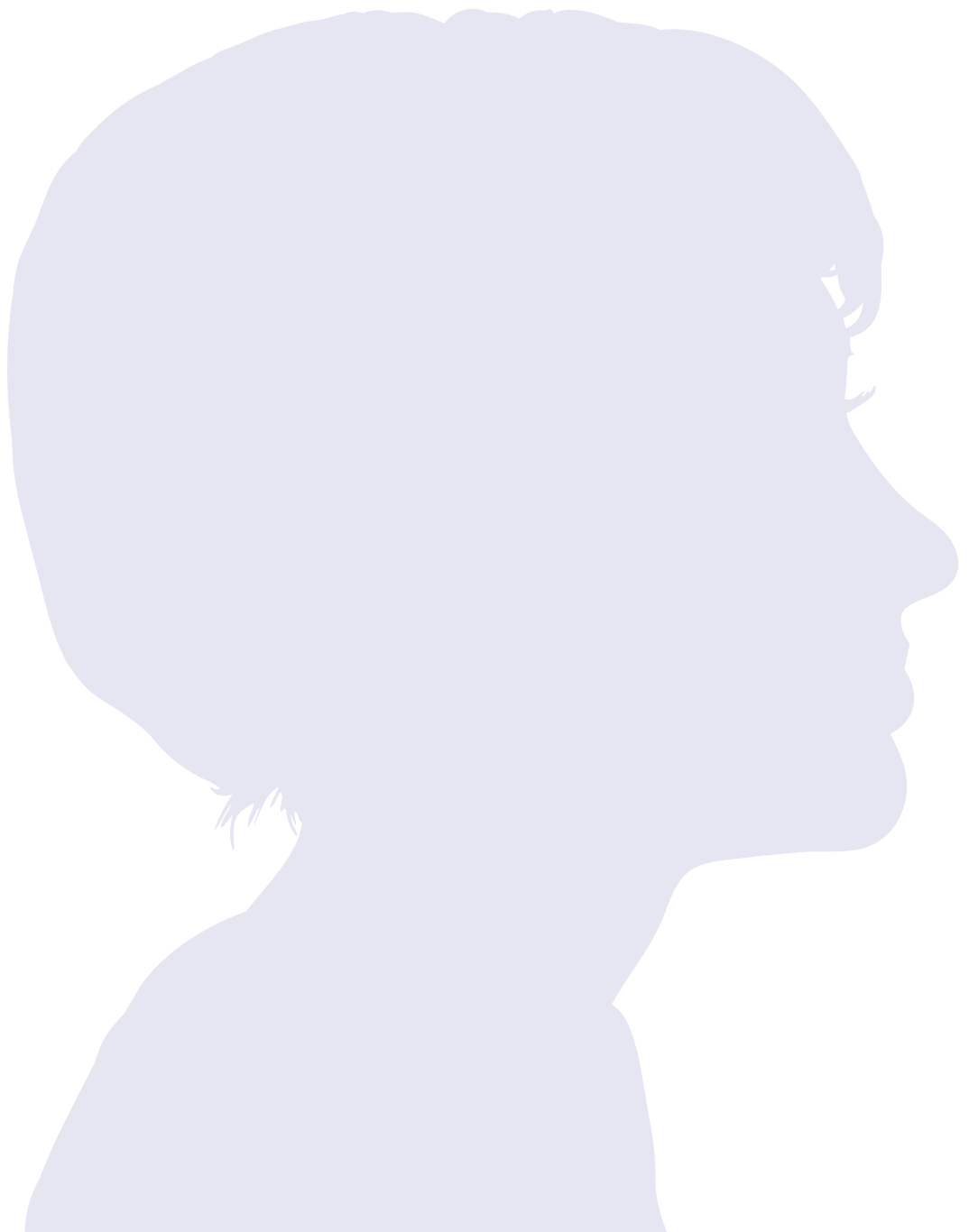


“[El Seguro Popular da] acceso gratuito a los tratamientos para mujeres que antes tenían como única opción irse a morir a sus casas.”

Fundación CIMAB, Insuficiente apoyo emocional a mujeres con cáncer de mama, Diciembre de 2013³¹

En 2006 se implementó el Seguro Popular, el seguro de salud de México, como parte de una reforma a gran escala con miras a mejorar la cobertura de salud para las personas pobres y no aseguradas. El Seguro Popular incluye protección contra “gastos catastróficos por motivos de salud” incluyendo los resultantes de un diagnóstico de cáncer de mama.¹⁶

Un estudio de los resultados de pacientes tratadas a partir de la introducción del Seguro Popular sugirió que un menor número de pacientes abandonó el tratamiento o se perdió en el seguimiento (5.6% vs. 21% antes de la introducción del Seguro Popular).⁵



Referencias

- 1 Knaul F. Proceedings from the Launch of the program 'Cancer de Mama: Tómatelo a Pecho.'. 2008.
- 2 Knaul FM, Nigenda G, Lozano-Ascencio R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters* 2009; 16:113-123.
- 3 Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. 2013. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr>
- 4 Forouzanfar MH, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 378:1461-1484.
- 5 Arce Salinas C, et al. Evaluación del tratamiento del cáncer de mama en una institución del tercer nivel con el Seguro Popular. *Mexico Rev Invest Clin* 2012; 64:9-16.
- 6 Knaul FM, Bhadelia A, Global Taskforce on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries. Closing the cancer divide. Volume 2. 2012. Harvard University Press. http://gtfcc.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1063570.files/ccd_report_11027.pdf
- 7 Estimates based on: Knaul, FM., et al. Investing in cancer care and control. In: Knaul, FM., Bhadelia, A. (Eds.). (2012). Closing the cancer divide (Vol. 2). Harvard University Press. 2012.
- 8 Knaul FM, et al. Mexico - report rosa 2009-2010: Cáncer de mama a conciencia. Informe final. Fundación Mexicana para la Salud, editor. 2009. Mexico. http://www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/_Boo1100337.pdf
- 9 Knaul FM, et al. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud pública de México* 2009; 51:S286-S295.
- 10 Lozano-Ascencio R, et al. Breast cancer trends in Latin America and the Caribbean. *Salud Publica Mex* 2009; 51:S147-S156.
- 11 Justo N, Wilking N, Jonsson B, Luciani S, Cazap E. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *The Oncologist* 2013; 18:248-256.
- 12 Cardoso F, et al. 1st international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC1). *Breast* 2012; 21:242-252.
- 13 Novartis Oncology. Count Us, Know Us, Join Us global survey - Mexico results. 2013. <http://www.advancedbreastcancercommunity.org/countus/2013-global-survey.html?country=mexico>
- 14 Knaul FM. Cáncer de mama: una prioridad apremiante. 24-6-2014. Foro Taller Cerrando la Brecha del Cáncer. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.scribd.com/doc/231461443/Cancer-de-mama-prioridad-apremiante-para-la-salud-de-Mexico#scribd>
- 15 Secretaría de la Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. NOM-041-SSA2-2011. 2011. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
- 16 Chavarri-Guerra Y, et al. Access to care issues adversely affect breast cancer patients in Mexico: oncologists' perspective. *BMC Cancer* 2014; 14(658).
- 17 Knaul FM, et al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud pública de México* 2009; 51:S335-S344.
- 18 Nigenda G, Caballero M, Gonzalez-Robiedo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México* 2009; 51:S254-S262.
- 19 INSP. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSALUT) 2012. Resultados nacionales. 2013. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 20 Knaul FM, et al. Meeting the emerging challenge of breast and cervical cancer in low- and middle-income countries. *Int J Gyn Obstetrics* 2012; 119:S85-S88.
- 21 Secretaría de la Salud. Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018. 2013. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf
- 22 Keating NL. Evaluation of breast cancer knowledge among health promoters in Mexico before and after focused training. *The Oncologist* 2014; 19:1091-1099.
- 23 Cardoso F. Metastatic breast cancer patients: the forgotten heroes! *The Breast* 2009; 18:271-272.
- 24 Pfizer Oncology. Breast cancer: a story half told. A call-to-action to expand the conversation to include metastatic breast cancer. 2014. http://www.pfizer.com/files/news/Statement_ofNeed.pdf
- 25 Johnston S. Living with secondary breast cancer: coping with an uncertain future with unmet needs. *Eur J Cancer* 2010; 19:561-563.
- 26 Mayer M, et al. Silent Voices: Women with Advanced (Metastatic) Breast Cancer Share Their Needs and Preferences for Information, Support and Practical Resources. 2006. <http://www.lbbc.org/About-LBBC/LBBC-Research/2006-Silent-Voices-Metastatic-Breast-Cancer-Survey#>
- 27 Mayer M. Lessons learned from the metastatic breast cancer community. *Seminars in Oncology Nursing* 2010; 26:195-202.
- 28 Mayer M. Living with metastatic breast cancer: a global patient survey. *Community Oncology* 2010; 7(9):406-412.
- 29 Global Taskforce on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries. Closing the cancer divide. 2012.
- 30 Bridging gaps, expanding outreach – metastatic breast cancer patient survey (BRIDGE). 2010. <http://advancedbc.org/files/SABCS%20BRIDGE%20Fact%20Sheet.pdf>
- 31 CIMAB. Insuficiente apoyo emocional a mujeres con cáncer de mama. 2013. <http://www.cimab.org/actualidad/insuficiente-apoyo-emocional-a-mujeres-con-cancer-de-mama>
- 32 Amadou A, et al. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. *Salud pública de México* 2014; 54:547-554.
- 33 Youlden DR, et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol* 2012; 36:237-248.

- 34 Estimaciones Knaul FM, Arreola-Ornelas H, y Méndez Carniado O, basado en Datos de Globocan 2012. 2015.
- 35 Villarreal-Garza C, et al. Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The Oncologist* 2013; 18:1285-1297.
- 36 Cazap E, Buzaid A, et al. Breast cancer in Latin America. *Cancer* 2008; 113(Suppl 8):2359-2365.
- 37 OECD Health Statistics 2014. 2014.
- 38 Cardoso F, et al. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). *Annals Oncol* 2014; 00 doi: 10.1093/annonc/mdu385:1-18.
- 39 Sanchez JC, et al. Coordinadores. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Sexta revisión. 2015.
<http://consensocancermamario.com/>
- 40 Unger-Saldana K, et al. Development and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer . *BMC Cancer* 2012; 12:626.
- 41 Goss PE, et al. The Lancet Oncology Commission. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncology* 2013; 14:391-436.
- 42 Mohar A, et al. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Publica Mex* 2009; 51:S263-S269.
- 43 PAHO. Health Care Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean [Fact sheet]. 2012.
- 44 Cleary J, et al. Supportive and palliative care for metastatic breast cancer: resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *The Breast* 2013; 22:616-627.
- 45 Secretaría de la Salud., et al. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Quinta revisión. 2013.
http://www.consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_5aRev2013.PDF
- 46 Villarreal-Garza C, et al. The prevalence of BRCA1 and BRCA2 mutations among young Mexican women with triple-negative breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2015; DOI 10.1007/s10549-015-3312-8.
- 47 Anderson BO, et al., Global Summit Health Care Systems and Public Policy Panel. Breast cancer in limited-resource countries: health care systems and public policy. *Breast J* 2006; 12(Suppl 1):S54-69.



