

Trabajo Final

**El control supervisado de enfermedad oncológica mamaria
mediante un Programa Preventivo, la detección en tiempo cero.
Análisis de casos correspondiente a afiliadas de empresa de
medicina prepaga.**

Tutor: Dr. Miguel Hernán Vicco

Alumno: Méd. Esp. Melina Fátima Cazzaniga

Especialista en Auditoria Médica

Fecha: Noviembre 2021

Agradecimientos:

En primer lugar, a mi tutor, Miguel Vicco, por su compromiso incondicional a lo largo de todo este proyecto pese a las circunstancias de la vida, brindándome sus conocimientos y experiencia académica para que este trabajo fuera posible.

En segundo lugar, a todo el cuerpo docente y no docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, directivos del posgrado y demás profesionales participantes, quienes me han brindado el marco teórico y herramientas necesarias para hacer de la Auditoria Medica mi futura especialidad.

A Prevención Salud, prepaga del grupo Sancor Seguros, quienes me han brindado el tiempo necesario para poder llevar a cabo la especialización, con el acompañamiento, calidez y compañerismo que caracteriza de todo mi equipo de trabajo.

Finalmente, a mis padres, quienes estando de algún u otro lado de este universo me han acompañado para poder cumplir un logro más.

Resumen

Objetivo: El cáncer de mama probablemente es causado por una combinación de factores hormonales, genéticos, edad, asociado además a factores ambientales y aquellos relacionados al estilo de vida. Su prevención primaria debe ser considerada una estrategia complementaria, sumada a la detección precoz y tratamiento oportuno, con el objetivo de controlar su impacto en morbilidad y mortalidad. En base a lo anteriormente descrito, se desarrolló el siguiente proyecto de investigación con el objetivo de analizar la implementación de programa preventivo de cáncer de mama por parte de un financiador privado de salud, mediante el uso de mamógrafo digital en mujeres mayores de 40 años, a las cuales se les realizó seguimiento, comparadas con un grupo histórico que no han contado con el mismo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal de corte retrospectivo en el cual se compararon los periodos pre y post aplicación del Programa de Prevención de Cáncer de mama. Para dicho análisis comparativo se tuvo en cuenta la edad al momento de la detección, año de diagnóstico, fecha de primer estudio efectuado y tipo, BIRADS según mamografía, fecha de diagnóstico histológico del tumor y de inicio de tratamiento, diferenciando entre cirugía-radioterapia-quimioterapia con los tiempos de espera respectivos entre cada prestación, es decir entre la fecha de primer estudio y confirmación histopatológica, diagnóstico anatomopatológico e inicio de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron en total 668 registros de prestaciones a mujeres, de las cuales 562 corresponden al programa preventivo de enfermedad neoplásica de mama y 126 pertenecen a registros de casos con diagnóstico de cáncer de mama previos a la implementación del mismo. Al comparar las dos cohortes, la pesquisa precoz permitió detectar estadios tempranos (BIRADS 0 a 3), a diferencia de la rama no preventivo en la cual todos los casos incluidos presentan BIRADS 4 siendo este hallazgo un dato estadísticamente significativo. Por otro lado, no se han observado diferencias significativas entre ambos grupos atribuibles a demoras en tiempos de espera entre diagnóstico histopatológico e inicio de tratamiento. La casuística atribuible a letalidad entre ambos grupos arrojó diferencias significativas a favor de la rama constituida por mujeres incluidas en el programa preventivos.

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Marco Conceptual.....	7
El tiempo de demora en el cáncer de mama	7
El tiempo de demora y el concepto de calidad	9
Propósito del estudio:	13
Hipótesis:.....	13
Objetivos:.....	13
Procedimiento analítico.....	14
Aspectos éticos:.....	14
Resultados.....	15
Conclusión:.....	18
Bibliografía.....	20

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres y es una de las enfermedades cuya demora de tratamiento ha generado preocupación tanto a nivel de los profesionales de salud como en la propia comunidad.

Si bien el propio miedo a padecer cáncer de mama en sí mismo puede causar demora en la consulta, Jassem (2014) ha observado que las pacientes tienden a consultar a sus médicos sobre qué tan pronto deben comenzar a realizarse los screening correspondientes para la detección temprana, en consideración de que la demora indebida perjudicará su probabilidad de supervivencia.

En el cáncer de mama, la demora del oportuno abordaje médico se ilustra en el incremento de demandas por cáncer de mama basadas en el supuesto retraso en el diagnóstico, y no en negligencia terapéutica (Zylstra, 2001). Sin embargo, es importante destacar que no existe una definición médica de un intervalo estándar para el diagnóstico o tratamiento, aunque los estudios publicados concuerdan en que a medida que se demora el abordaje adecuado se incrementa el riesgo de progresión de enfermedad (McLaughlin 2012; Brazda 2010).

Los llamados “tiempos de duplicación de tumor” podrían ser una herramienta útil para determinar daño causado por mayor intervalo o tiempo de espera en diagnóstico y tratamiento, pero desafortunadamente los mismos no son constantes, lo cual complica una predicción confiable. Ciertos estudios estiman que los tiempos de duplicación tumorales se encuentran entre 2 y 7.05 días oscilando entre 45 a 260 días, medidas dispares que no permiten tener estimación confiable (Kupstast 2019).

La atención oportuna es de suma importancia es los pacientes afectados por patología oncológica y debería considerarse como parte de plan de tratamiento. Los tiempos de cirugía, quimioterapia y radioterapia atribuibles a cáncer de mama tienen impacto medible en la supervivencia libre de enfermedad. Según afirma Kupstast en su artículo “*Effect of Surgery Type on Time to Adjuvant Chemotherapy and Impact of Delay on Breast Cancer Survival*”, los tiempos óptimos entre diagnóstico de enfermedad y tratamiento deben contemplar menos de 90 días para cirugía, donde se estima tiempo de diagnóstico histopatológico, estadificación y planificación de modalidad quirúrgica, 120 días para quimioterapia y menos de 1 año para tratamiento con radioterapia (incluyendo neoadyuvancia). Los registros provienen del *National Cancer Database*, una base de datos con información sobre más del 70% de los

casos de cáncer recién diagnosticados en los Estados Unidos (Kuptsast 2019).

En este punto es en el cual recae la importancia de evaluar el proceso de abordaje de la enfermedad neoplásica de mama con el objetivo de determinar los condicionantes de las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud que conduzcan a demoras diagnósticas o terapéuticas. El análisis de la calidad de atención cobra importancia en la mejora de la atención, no por el mero hecho de la satisfacción del paciente, sino por su impacto en la reducción del riesgo de progresión de enfermedad.

Marco Conceptual

El tiempo de demora en el cáncer de mama

En Argentina la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que el cáncer fue el responsable una de cada cinco muertes ocurridas en 2015, ubicándose como la segunda causa de mortalidad más importante después de la enfermedad cardiovascular. De hecho, la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) ha estimado para el año 2035 un incremento del 50,2% en la incidencia de cáncer en nuestro país en comparación con la estimada en 2012, considerando exclusivamente el efecto demográfico (56,2% de aumento en los hombres y 44,8% en las mujeres). A su vez, la predicción de mortalidad, en base a las tasas estimadas en 2012, calcula un incremento del número de defunciones del 55,7% en 2035 para ambos sexos; 60,5% en hombres y 50,4% en mujeres (MSAL 2016).

Por otro lado, las barreras identificadas que condicionan una tórpida evolución en personas afectadas por cáncer de mama pueden ser estructurales, socioculturales, personales y financieras, por lo cual ayudar a identificar qué tipo de barrera afecta a determinada población ayuda a elegir intervención idónea para mejorar accesibilidad. A modo de ejemplo, implementar enfoques multidisciplinarios, protocolos para derivación y métodos de control de calidad registrando el tiempo transcurrido entre diversas gestiones, podría llevar a mejoras en tiempo transcurridos entre síntoma, diagnóstico y tratamiento según afirma la OPS en su artículo sobre planificación y mejoras en acceso de atención para cáncer de mama.

Hay básicamente tres componentes de retraso en el tratamiento del cáncer de mama que abarcan desde: a. la presentación de síntomas hasta la consulta al servicio de salud; b. asistencia de un médico y la confirmación del diagnóstico; y finalmente c. entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

La demora en cualquiera de estos tiempos incrementa las chances de peor pronóstico de la enfermedad. El retraso puede afectar negativamente el pronóstico, reduciendo las posibilidades de curación, debido al crecimiento del tumor. Existe una asociación entre el retraso desde el diagnóstico hasta el tratamiento y una supervivencia libre de progresión más corta, metástasis en los ganglios linfáticos, el tamaño del tumor y su estadificación. Por otro lado, la detección temprana está relacionada con mayores tasas de curación (Huo, 2015).

En un estudio efectuado en Carolina de Norte donde se evaluó supervivencia en

mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, analizando intervalos entre dicho diagnóstico e inicio de tratamiento, se llegó a la conclusión que sobre el total de población analizada (1786 mujeres en seguimiento desde año 2000 a 2006) 1 de cada 10 mujeres esperaron más de 60 días para el inicio de tratamiento asociándose a un aumento significativo (entre 66 a 85%) del riesgo de muerte principalmente en aquellas que tenían diagnóstico de enfermedad avanzada (McLaughlin 2012).

En el estudio de Hansen (2011), con más de 2.200 pacientes analizados, se identificó una mediana de retraso, respecto al momento oportuno de tratamiento correspondiente en relación a la enfermedad neoplásica, de 98 días. Un 25% de la muestra presentó un retraso total de más de 168 días. El retraso vinculado al paciente y en la respuesta del sistema asistencial representó la mayor parte del retraso total, con mucha variación en el retraso por tipo de cáncer. Por su parte, Richard & Smith (1999) realizaron un estudio en el Hospital Saint Thomas de Londres observando que el impacto adverso sobre la supervivencia relacionado con la demora asistencial era atribuible a una asociación entre tiempos de inicio de tratamiento más largos y una etapa más avanzada en el cáncer de mama. Los análisis basados en el "retraso total" (es decir, el intervalo entre un paciente que notó los síntomas y el inicio del tratamiento) dieron resultados muy similares en términos de supervivencia a los basados en el retraso de la primera visita al hospital (retraso en la presentación).

Siguiendo en la misma línea, Smith (2013) observó que las mujeres jóvenes con cáncer de mama con retraso en el inicio de tratamiento prolongado tienen un tiempo de supervivencia significativamente menor en comparación con aquellas con un retraso de tiempo más corto.

Es evidente entonces la importancia de relevar el tiempo de espera entre diagnóstico e inicio de tratamiento de las enfermedades neoplásicas a fines de determinar los condicionantes que limitan el pronto acceso a la terapéutica indicada y de esta forma repercuten negativamente en la calidad de atención de los pacientes (Hardin, 2006; Jensen, 2002).

El tiempo de demora y el concepto de calidad

El tiempo de demora en la atención cualquiera sea su fase (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación) se puede subdividir en demora del paciente y demora del sistema de atención médica (Unger, 2014). Según Caplan (2014), la demora por parte del paciente es el retraso en la búsqueda de atención médica después de identificar un posible síntoma, mientras que la propia del sistema de salud es un retraso dentro del abordaje de la asistencia misma. Unger (2014) ha definido a la demora del paciente a un periodo mayor de 3 meses entre la detección de síntomas y la primera consulta médica, en consideración de que ésta demora afecta proporcionalmente el pronóstico de la enfermedad. Por su parte, el tiempo de demora de atención médica puede referirse a barreras de acceso, a la falta de disponibilidad de centros especializados y problemas intrínsecos de un sistema de atención médica establecido, problemas para obtener o programar pruebas de diagnóstico y problemas de comunicación entre pacientes y médicos (Unger, 2014; Caplan 2014; Martins 2013).

En un estudio efectuado en Barcelona, en la unidad de patología mamaria (UPM) de Hospital Universitario Dexeus, se efectuó encuesta a más de 167 UPM distribuidas a lo largo del país y acreditadas por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), donde se indagó sobre indicadores para el manejo de cáncer de mama con el objetivo de alcanzar estándares de calidad que garanticen que estas unidades desarrollen su labor en niveles de excelencia para el manejo de la paciente con cáncer de mama. De acuerdo a los resultados obtenidos, y en comparación con la literatura, más del 80% de las UPM encuestadas el tiempo transcurrido entre la solicitud de consulta por sospecha (síntoma) y la visita con el especialista era en promedio de 7 días (oscilando entre 5 y 15 días), el tiempo de espera para la realización de estudios complementarios era de 1 semana, tiempo entre la cirugía y el inicio de la radioterapia (excluyendo quimioterapia) es inferior a 45 días. Establecer estos valores es orientativo y disponer de un grupo multidisciplinar integrado repercute en una mejor calidad de atención (Tresserra 2017).

El concepto de calidad surge en el marco de procesos industriales definido como aquellos métodos estratégicos que favorecían la mejora continua de la empresa y de los productos o servicios que satisfacían las necesidades de los clientes. En estas líneas, Feingenbaum definió calidad como *“un sistema eficaz para coordinar*

el mantenimiento de la calidad y los esfuerzos de mejora de la calidad de los diversos grupos de una organización, para hacer posibles niveles económicos de producción que permitan la máxima satisfacción del cliente” (Reseña Educativa, 2009). Desde este punto de vista calidad toma un enfoque multidimensional, y por lo tanto con diferentes líneas de aproximación. Puntualmente desde los sistemas de gestión de calidad se puede considerar como las características inherentes a una necesidad que se deben de cumplir como requisito para su logro adecuado (Hoyle, 2007).

Desde la perspectiva de los diversos actores del sistema de salud, la calidad se cimienta en las actuaciones idóneas de los eslabones que hacen a la estructura de salud, en palabras de Donabedian (1980) *“calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”*. A su vez la preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico, y consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en forma que se maximicen beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional sus riesgos (Escudero 2013)

En 1995 la Organización Mundial de la Salud establece que calidad en el marco del sistema sanitario es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir atención óptima logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

La auditoría médica en este sentido cumple un rol importante en el marco del objetivo de mejorar los procesos, al considerarse como herramienta relevante de gestión clínica abarcando aspectos como el de la praxis asistencial, administrativa o la financiera. En estas líneas, su campo de intervención es variado midiendo aspectos normativos, económicos, técnicos e incluso éticos (Bradsley & Coles, 1992). En el ámbito de la salud, se podría considerar que el rol de la auditoría médica nos permite asegurar o garantizar la calidad de prestación, en un proceso continuo de mejoría de la misma (Piscoya, 2000). El proceso de auditoría pondría en evidencia las posibles discrepancias entre las condiciones ideales y las actuaciones reales, brecha que se podría traducir como prestación de mala calidad.

Definido los tiempos de demora dependientes de los pacientes y los propios del

sistema de salud, la evaluación de la calidad de atención nos permite identificar aquellos condicionantes que corresponden a la demora de atención, que, si bien pueden estar influenciados por factores propios de los pacientes, en su mayoría se encuentran sujetos a las propias estructuras y prestaciones de los efectores de salud (Unger, 2014; Caplan 2014; Martins 2013).

Por esta razón se propuso en el presente proyecto analizar los periodos de tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento de enfermedades neoplásicas mamarias en un financiador privado de salud considerando la intervención de programa preventivo de cáncer de mama para tal fin.

En el programa mencionado se incluyeron mujeres afiliadas entre 40 y 70 años de edad, las cuales no se habían realizado mamografía a lo largo del año. Se las incentivó a su participación a través de charlas informativas sobre cáncer de mama brindadas por médicos prestadores especialista en mastología, como así también a través de infografía enviada electrónicamente a sus casillas de correo. Una vez manifestado el interés en participar, se les asignó un turno directo con efectores de diversos centros de imágenes regionales en horarios previamente convenidos con entre las participantes y nuestro equipo de contención al afiliado. Se acordaron con los distintos prestadores costos diferenciales de mamografías digitales acorde al volumen de pacientes direccionadas con el objetivo de mitigar impacto financiero del programa. Una vez realizadas e informadas, las mamografías fueron remitidas a las afiliadas y a referentes de nuestro programa preventivo con el propósito de monitorizar los resultados y ejecutar las futuras acciones acorde a los mismos. Las estrategias empleadas para tal fin estuvieron coordinadas en conjunto entre las áreas de auditoría médica, atención y contención al afiliado como así también desde el sector prestacional. Aquellas afiliadas que presentaron en sus informes BIRADS entre 0 y 2 se las monitorizó para nuevo control anual y aquellas con BIRADS 3 para control semestral. Las afiliadas con BIRADS 4 a 6 fueron contactadas telefónicamente con el propósito de facilitarles turnos con profesionales ginecólogos de cabecera propios o bien a través de la elección de la oferta de cartilla. Se efectuó además seguimiento del plan diagnóstico y terapéutico indicado. Las autorizaciones de las diferentes prestaciones requeridas estuvieron a cargo del equipo de auditores, con especial énfasis en la agilidad del proceso operativo y conforme al otorgamiento de prestaciones costo-efectivas, con cobertura al 100% atribuible a

patología oncológica tal cual lo dispone el Programa Médico Obligatorio a través de la Resolución 247/96 MS y AS.

Propósito del estudio:

Realizar un trabajo de investigación orientado a analizar si se modifica el tiempo de espera en cáncer de mama como consecuencia de la implementación de programa preventivo para diagnóstico precoz secundario al uso de mamografía digital en mujeres de 40 a 70 años afiliadas a empresa de medicina prepaga.

Hipótesis:

La implementación de un programa supervisado de detección y seguimiento de enfermedad neoplásica de mama permite reducir el tiempo de espera entre el diagnóstico y abordaje terapéutico del mismo.

Objetivos:Primario:

- Estudiar el impacto atribuible a la implementación de un programa supervisado de diagnóstico y seguimiento de enfermedad neoplásica de mama respecto a los tiempos de espera en patología mamaria oncológica en comparación con un grupo control histórico no han contado con el servicio de dicho programa.

Secundarios:

- Determinar el promedio de tiempo de espera desde la detección por estudio de imagen a diagnóstico por biopsia y desde este último a tratamiento en pacientes con diagnóstico previo y posterior a la intervención.
- Analizar la casuística de población con BIRADS en sus distintas categorías.

Procedimiento analítico

Con el propósito de concretar el objetivo planteado del presente trabajo, se realizó un estudio observacional analítico transversal de corte retrospectivo en el cual se compararon los periodos pre y post aplicación del Programa de Prevención de Cáncer de mama. Se define como periodo pre aplicación del Programa al comprendido entre años 2016 y 2017 donde se realizó análisis de todas aquellas afiliadas con diagnóstico de cáncer de mama que no se encontraban incluidas, mientras que la etapa en la cual se aplica el mismo se enmarca entre años 2018 y 2019.

Se analizaron los siguientes datos: edad al momento del diagnóstico, año de diagnóstico, fecha de primer estudio efectuado y tipo, BIRADS según mamografía, fecha de diagnóstico histológico del tumor, y de inicio de tratamiento realizado, diferenciando entre cirugía-radioterapia-quimioterapia con los tiempos de espera respectivos entre cada prestación, es decir entre consulta médica, primer estudio y confirmación histopatológica, y entre diagnóstico histopatológico e inicio de tratamiento.

Para la conformación de la base de datos y análisis de los mismos, se empleó el Software estadístico IBM SPSS Statistics® v24. Se estudió la distribución de los resultados numéricos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. Los resultados distribuidos normalmente son presentados como media $\pm$ SD, y analizados estadísticamente mediante pruebas t de dos vías (para datos no apareados) o mediante ANOVA seguido por la prueba post-hoc de Scheffé y Tukey, según corresponda. Las variables que no cumplen la condición de normalidad son presentadas como mediana $\pm$ intervalo intercuartílico (II) y analizadas con pruebas no paramétricas (Mann-Whitney, Wilcoxon, Friedman) según corresponda. Las diferencias entre proporciones (variables cualitativas) son evaluadas mediante pruebas de χ^2 .

Aspectos éticos:

La presente investigación se llevó a cabo cumpliendo las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki, versión 2013 y la ley de habeas data (protección de los datos personales) nº 25.326.

Resultados

El muestreo se efectuó mediante la extracción de datos centralizados proveniente de 5 provincias del país.

Se incluyeron en total 668 registros de prestaciones a mujeres de 46.73 ± 6.48 años (rango 30 a 74 años), de las cuales 562 corresponden al programa preventivo de enfermedad neoplásica de mama implementado por el financiador, y 126 (18.3%) pertenecen a registros previos al mismo. No hubo diferencia de edad entre los grupos en relación a su pertenencia al programa de control o no (46.92 ± 6.34 vs 45.87 ± 7.03 , respectivamente).

La distribución por provincia se detalla a continuación:

Provincia	Bajo Programa de Prevención	Previo Programa de Prevención	Total
Santa Fe	202	28	230
Mendoza	206	22	228
Córdoba	116	54	170
San Juan	24	14	38
San Luis	14	8	22
Total	562	126	688

Independientemente de la participación en el programa de prevención de cáncer de mama, se constató que 88.7% sólo se realizó la mamografía y el 11.3% de las mujeres se ha realizado la misma en conjunto con la ecografía mamaria. En el caso de la cohorte de las mujeres en el marco del programa de prevención se objetivó que en este predominó la mamografía como método diagnóstico (95%). De hecho, al comparar los dos grupos, la casuística de ecografías mamarias fue mayor en el grupo de personas que no pertenecían al programa de prevención ($p=0.0001$).

En lo que respecta a la frecuencia del score BIRADS, el mismo se cita continuación:

BIRADS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0	71	10.3
1	90	13.1
2	345	50.1
3	19	2.8
4	127	18.5
5	36	5.2
Total	688	100

Al comparar las dos cohortes, se observa que, en el caso de las mujeres en el marco del programa de prevención, la pesquisa del mismo nos permitió detectar estadios tempranos (BIRADS 0 a 3), a diferencia de la otra rama en la cual todos los casos incluidos presentan BIRADS 4 (n=98, 77.77%) y 5 (n=28, 22.23%). De hecho, un punto a destacar, es que, en el caso de las mujeres seguidas en el Programa de Prevención, se cuenta con el registro histopatológico de la totalidad de las mismas con BIRADS 4 y 5, a diferencia de lo acontecido en el otro grupo, del cual no tenemos registro de un 31.74% de los casos en igual condición.

Comparando la proporción de BIRADS 4 y 5 entre los grupos, observamos mayor proporción de ambos valores en el grupo de mujeres que no contaron con el Programa de Prevención ($p < 0.001$ para ambos casos). A su vez, la comparación de media de edad entre ambos grupos en relación a score de BIRADS patológico (combinado 4 y 5), no arrojó diferencia significativa.

En lo que respecta al tiempo en días, desde el diagnóstico mediante estudio de imagen y el histopatológico, se detalla a continuación su distribución por grupo.

	rango	media	mediana	DS	p25	p75
Programa de Prevención	5-77	33.46	33	21.5	13	44
Sin Programa de Prevención	7-98	40.26	27	30.4	13.7	67

En consecuencia, de que la distribución de la variable no es normal, la comparación entre grupos se realizó mediante test de U de Mann Whitney, resultando no significativo.

Similar resultado se observa al analizar el tiempo en días desde el diagnóstico histopatológico y el inicio de tratamiento, siendo no significativa la diferencia.

	rango	media	mediana	DS	p25	p75
Programa de Prevención	7-160	57.41	51	33.64	34	78
Sin Programa de Prevención	7-155	63.63	55	32.5	38	85

El caso del Programa de Prevención cuyo extremo en días desde el diagnóstico a inicio de tratamiento es de 160 días, se debió a intercurrencias atribuibles a trastornos de salud mental. Sin embargo, omitiendo dicho caso del análisis nos encontramos con iguales resultados sin apreciar diferencias significativas, en el tiempo de demora desde diagnóstico a inicio de tratamiento, entre grupos.

El número de casos con desenlace fatal es de 7 (6 corresponden al grupo sin Programa de Prevención). Al evaluar si este grupo presentaba mayor tiempo en días desde el diagnóstico histopatológico y el tratamiento, no observamos diferencias significativas.

Finalmente, en lo que respecta al estado actual, el 94.3% se encuentra en control clínico, 2.8% bajo tratamiento con tamoxifeno, 2.1% en quimioterapia, 0.4% en radioterapia y 0.4% en tratamiento combinado de quimioterapia+radioterapia.

Conclusión:

La prevención tanto primaria como secundaria debe ser considerada un componente esencial en los programas de lucha contra el cáncer de mama, con el objetivo de reducir su incidencia en población susceptible y consecuencias indeseables en morbilidad y mortalidad.

Contemplando los factores de riesgo para su desarrollo, en nuestro trabajo Preventivo para cáncer de mama pudimos objetivar la importancia de brindar un programa supervisado de control de enfermedad oncológica mamaria, puesto que nos permitió un mejor control de la misma en comparación con el grupo control histórico de mujeres que no han tenido acceso al mismo. Esto surge a partir del hallazgo de diferencias significativas encontradas entre ambos grupos respecto al diagnóstico radiológico expresado en BIRADS, donde las mujeres que han sido incluidas dentro del programa preventivo han presentado BIRADS entre 0 y 3 en comparación con el grupo control con BIRADS que fue entre 4 y 5. Comparando la proporción de BIRADS 4 y 5 entre los grupos, observamos mayor proporción de ambos valores en el grupo de mujeres que no contaron con el programa preventivo ($p < 0.001$ para ambos casos).

Por otro lado, la demora en los tiempos de espera desde la fecha de diagnóstico histopatológico hasta la fecha de inicio de tratamiento comparativamente entre ambos grupos, con una mediana de 51 días para el grupo preventivo y 55 días para el grupo no preventivo, no arrojó diferencias significativas, lo cual nos obliga a enfatizar acciones de seguimiento y monitorización prestacional dentro del programa con el objetivo de optimizar y reducir los tiempos de espera anteriormente mencionados. En este punto, la auditoría médica cumple un rol de suma importancia como herramienta relevante de gestión, buscando asegurar y consolidar calidad en la prestación médica mediante un proceso de mejora continua involucrando los distintos aspectos económicos, médicos, administrativos, legislativos y normativos de la misma. Es de destacar, por otro lado, que el número de casos letales entre ambos grupos evidencia una clara reducción en mujeres que han sido incluidas dentro del programa preventivo, lo cual nos habla del impacto en mejoría de la supervivencia de este grupo, vinculado al diagnóstico precoz de patología oncológica mamaria. Controlar sesgos involucrados en este punto se vuelve crucial considerando la dificultad en la recolección de información en sistema una vez

acontecidos los decesos.

En análisis de impacto en costos y por consecuencia la evaluación de rentabilidad del programa Preventivos de Cáncer de Mama vinculado a nuestra iniciativa como financiadores, podría ser un dato a evaluar en futuros trabajos, con el objetivo de conocer su costo-eficacia en calidad preventiva a largo plazo.

Bibliografía

- Bardsley MJ, Coles J (1992). Practical experiences in auditing patient outcomes. *Qual Health Care*. June; 1(2): 124–130.
- Bleicher RJ (2018). Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment. *Ann Surg Oncol*. 2018 Oct;25(10):2829-2838.
- Bozcuk, H, & Martin, C (2001). Does treatment delay affect survival in non-small lung cancer? *Lung Cancer*, 243-52.
- Brazda A, Estroff J, Euhus D (2010). Delays in time to treatment and survival impact in breast cancer. *Ann Surg Oncol*;17 Suppl 3:291–6.
- Caplan L (2014). Delay in Breast Cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. *Front Public Health*; 2:87.
- Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.
- Fedewa SA, Ward EM, Stewart AK, Edge SB (2010). Delays in Adjuvant Chemotherapy Treatment Among Patients With Breast Cancer Are More Likely in African American and Hispanic Populations: A National Cohort Study 2004- 2006. *J Clin Oncol*; 28(27):4135-4141.
- Feigenbaum A (2009). Reseña de "Control total de la calidad" de Armand V. Feigenbaum. *Innovación Educativa* 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179414896009>.
- Halsted WS (1907). The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. *Ann Surg*;46(1):1–19.
- Hansen, R (2011). Time intervals from firsts symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research*, 11:284.
- Hardin, C, & Pommier, S (2006). The relationships among clinician delay of diagnosis of breast cancer and tumor size, nodal status and stage. *The American Journal of Surgery*, 506-508.
- Hoyle D (2007). Introduction to quality. *Quality management essentials*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann. Pág. 213-233.

- Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, Zhang N, Yang Q (2015). Delay in Diagnosis and Treatment of Symptomatic Breast Cancer in China. *Ann Surg Oncol* 2015; 22(3):883-888.
- IARC - Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (2014). World Cancer Report 2014. Disponible en: <https://shop.iarc.fr/products/world-cancer-report-2014>
- Jassem J, Ozmen V, Bacanu F (2014). Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur J Public Health*;24(5):761–7.
- Jensen, A, & Mainz, J (2002). Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncológica*, 147-152.
- Korsgaard, M (2006). Delay of treatment is associated with advanced stage of rectal cancer but not of colon cancer. *Cancer detection and prevention*, 341-346.
- Lobb R, Allen JD, Emmons KM, Ayanian JZ (2010). Timely Care After an Abnormal Mammogram Among Low-Income Women in a Public Breast Cancer Screening Program. *Arch Intern Med*; 170(6):521-528.
- Martins T, Hamilton W, Ukoumunne OC (2013). Ethnic inequalities in time to diagnosis of cancer: a systematic review. *BMC Fam Pract*; (23):14:197.
- McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED (2012). Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol*;30(36):4493–500.
- Memon ZA, Shaikh AN, Rizwan S, Sardar MB (2013). Reasons for Patient's Delay in Diagnosis of Breast Carcinoma in Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev*; 14(12):7409-7414.
- MSAL - Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>
- Myrdal, G, & Lambe, M (2004). Effect of delay on prognosis in patients with non-small cell lung. *Thorax*, 45-49.

- Organización Mundial de la Salud (1995). Calidad de la atención. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/53791/WHF_1995_16_n2_p1_58-165_spa.pdf;jsessionid=3E0629857D6C6654577E268CDD2B2A46?sequence=1
- Piscoya J (2000). Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. N° 3. Vol. 61. Pág. 227-240. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/cal_aten_salu.htm
- Poum A, Promthet S, Duffy SW, Maxwell Parkin D (2014). Factors Associated With Delayed Diagnosis of Breast Cancer in Northeast Thailand. J Epidemiol; 24(2):102-108.
- Richards, M, & Smith, P (1999). The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. British Journal of Cancer, 858-864.
- Smith, E (2013). Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. JAMA Surg, 516-523.
- The Economist (2017). Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: una historia de luces y sombras. Disponible en: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf
- Unger-Saldaña K (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. World J Clin Oncol; 5(3):465-477.
- Zylstra S, D'Orsi CJ, Ricci BA, (2001). Defense of breast cancer malpractice claims. Breast J;7(2):76–90.