

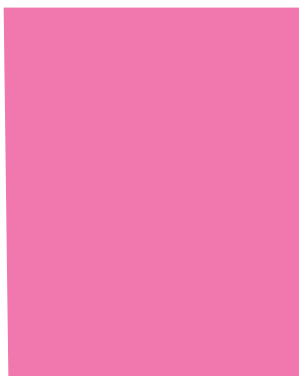
Caracterización de servicios de detección, diagnóstico y manejo del cáncer de mama en la República Dominicana



Elaborado por:



Avalado por:



Febrero, 2025
Santo Domingo, D.N.



Contenidos

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

ACRÓNIMOS

RESUMEN EJECUTIVO

I. PRESENTACIÓN

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

2.1. Objetivos específicos

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Diseño

3.2. Fuentes de datos

3.3. Consideraciones éticas

IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Sistemas de información y estadísticas de cáncer de mama en República Dominicana

4.1.1. Sistemas de información disponibles

4.1.2. Epidemiología del cáncer de mama en República Dominicana

4.2. Organización e integración de servicios

4.2.1. Disponibilidad de servicios

4.2.2. Cobertura de servicios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)

4.2.3. Acceso a medicamentos de alto costo: DAMAC

4.2.4. Determinantes sociales de la salud

4.3. Brechas identificadas

4.3.1. Detección y diagnóstico

4.3.2. Tratamiento

4.3.3. Soporte y seguimiento

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. REFERENCIAS

Equipo de Investigación

El informe “Caracterización de servicios de detección, diagnóstico y manejo de cáncer de mama en la República Dominicana” fue realizado por Two Oceans in Health.

Asesor senior

Dr. Eddy Pérez-Then
Two Oceans In Health

Investigadora principal

Dra. Marija Miric
Two Oceans In Health

Coordinadora general

Dra. Melissa Matos
Two Oceans In Health

Esta investigación contó con el valioso apoyo y asesoría de este Comité de Expertos

Dr. Santiago Collado Chastel	Hematólogo y oncólogo clínico
Dr. Miguel Oller Sanz	Mastólogo, especialista en cirugía oncológica y reconstructiva de la mama
Dr. Ivo Rodriguez	Oncólogo radioterapeuta
Dra. Mirna Santiago Jiménez	Cirujana oncóloga

Este informe cuenta con el aval del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART)

Se reconoce el apoyo de AF Comunicación Estratégica para llevar adelante esta investigación.

Este estudio contó con el auspicio Novartis quien no participó activamente en su realización, garantizando la independencia de los autores.

Acrónimos

20iH	Two Oceans In Health
ARS	Administradora de Riesgos en Salud
CaM	Cáncer de Mama
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
DAMAC	Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
FUPRECA	Fundación Prevención Contra el Cáncer
GLOBOCAN	Observatorio Global de Cáncer (Global Cancer Observatory)
INCART	Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo
MSP	Ministerio de Salud Pública
NCCS	Coalición Nacional para la Supervivencia del Cáncer (National Coalition for Cancer Survivorship)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Proceso de Abordaje Rápido (Rapid Assessment Process)
RD	República Dominicana
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SNS	Servicio Nacional de Salud

Resumen ejecutivo

El cáncer de mama (CaM) es el tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres. En 2022, se diagnosticaron 2.3 millones de casos nuevos, con 666,103 muertes atribuibles a esta enfermedad. Según el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), América Latina y el Caribe concentraron el 9.6% de los nuevos casos, con una mayor incidencia en mujeres menores de 50 años en comparación con América del Norte. En la República Dominicana, Globocan estimó 20,171 nuevos casos de cáncer en 2022, de los cuales el cáncer de mama representó el 16.1% (3,244 casos), porcentaje que se eleva a 34.4% cuando se analiza únicamente la población femenina. Sin embargo, los datos nominales reportados por las ARS dominicanas, y consolidados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), sugieren una incidencia más alta, con 4,201 diagnósticos nuevos de cáncer de mama en el 2023, incluyendo 370 (8.8%) casos diagnosticados en hombres. A la vez, el número de personas con CaM registradas por las diferentes Administradoras de Riesgos en Salud (ARS) en el año 2022, refleja un incremento de 12% en la prevalencia con respecto al año 2021, cuando se registraron 8,130 personas en total. El gasto total asociado al tratamiento de cáncer de mama, cubierto por las ARS en el año 2022, ascendió a RD\$ 1,912,605,082 (aproximadamente 99,535,529 USD), con más del 80% de este monto asociado a medicamentos de alto costo. En el año 2021 el gasto total por CaM fue de RD\$ 1,617,449,575 en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), observándose un incremento de RD\$ 295,155,507 (18.2%) en el periodo de 12 meses.

A pesar de los indudables avances en la respuesta al CaM en la región, gracias al incremento sustancial en la cobertura de servicios y la creciente disponibilidad de nuevas tecnologías que aportan herramientas para su detección temprana, diagnóstico preciso y tratamientos

cada vez más efectivos, en la República Dominicana persisten desafíos importantes en el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno, siendo el cáncer de mama la segunda causa de muerte por cáncer en el país, y la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres, con 1,457 muertes reportadas por Globocan en el año 2022.

Para proporcionar evidencia inicial que apoye la toma de decisiones en los diversos ámbitos de la respuesta al CaM en la República Dominicana, se llevó a cabo un Proceso de Evaluación Rápida (RAP), caracterizando los servicios disponibles para el diagnóstico y tratamiento de CaM, su calidad y su relación con la demanda actual. Este enfoque observacional, frecuentemente utilizado en estudios exploratorios con escasa literatura previa, se basó en la recolección intensiva de datos y la triangulación de fuentes primarias y secundarias. Se integraron tanto datos cualitativos como cuantitativos obtenidos de tomadores de decisiones, expertos en salud pública y usuarias de los servicios, abarcando tanto el sector público como privado. La información se recopiló mediante entrevistas, grupos focales y la revisión de estadísticas y documentos clave, permitiendo sistematizar los datos sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios para CaM, además de identificar brechas y oportunidades de mejora, todo desde un enfoque metodológico flexible e iterativo.



El cáncer de mama es la **segunda causa de muerte por cáncer** en República Dominicana, y la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres.

Este proceso contó con el apoyo continuo de un Comité de Expertos compuesto por cinco especialistas en áreas clave del manejo del cáncer de mama, quienes, partiendo de su amplia experiencia en diagnóstico, oncología, cirugía reconstructiva, genética y radioterapia, tanto en los sectores público como privado, guiaron las diferentes fases del RAP y ayudaron a identificar las fuentes de información más pertinentes para el estudio.

Como resultado del proceso de análisis iterativo de la información reunida, se identificaron cinco áreas estratégicas para la definición de fortalezas y brechas en la respuesta al CaM en la República Dominicana:

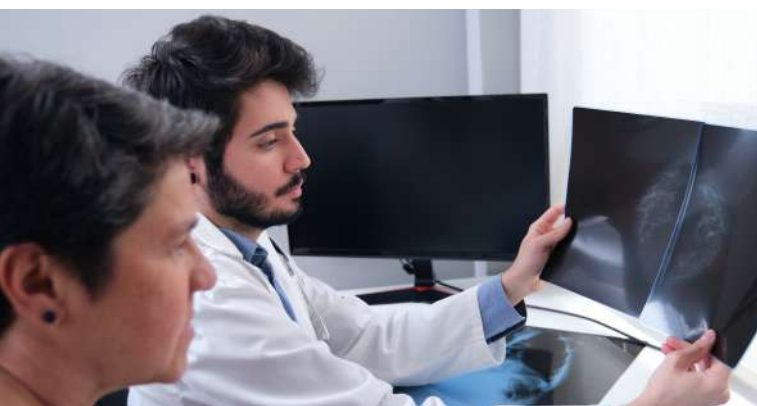
01

Sistemas de información y disponibilidad de datos

La República Dominicana carece de un Registro Nacional de Tumores funcional, lo cual dificulta la obtención de datos precisos sobre el cáncer de mama (CaM), incluyendo sus aspectos epidemiológicos, clínicos y de gestión en salud.

Si bien los programas y la planificación nacional de la respuesta al CaM descansan actualmente sobre las estimaciones de Globocan, la existencia de bases de datos como la del SISALRIL y experiencias en el manejo de datos en centros especializados ofrecen un punto de partida importante, para la estandarización de criterios e indicadores, así como para el desarrollo de un sistema de información interoperable a nivel nacional. Se sugiere, en este sentido, retomar la implementación del Registro de Tumores a mediano y largo plazo, fomentando el desarrollo de capacidades en gestión de datos a nivel hospitalario.

Este proceso, a corto plazo, debe complementarse y apoyarse en investigaciones operativas, que aborden los aspectos más urgentes para la caracterización de la respuesta al CaM en el país, permitiendo cuantificar las brechas identificadas y monitorear los avances en su superación progresiva.



02

Sistemas de salud y organización de servicios

El país ha logrado avances importantes en la disponibilidad de servicios para detección y tratamiento del cáncer de mama, destacándose el Programa de Detección de Cáncer de Mama del Servicio Nacional de Salud (SNS) establecido en el año 2021, y enfocado en mejorar acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos, especialmente en comunidades vulnerables.

Partiendo de los datos programáticos compartidos por el SNS, desde el inicio del programa en octubre de 2021, se han tamizado entre 10,000 y 15,000 personas anualmente. Hasta la fecha, se ha tamizado un total aproximado de 42,000 personas, de las cuales alrededor del 15% presentó algún tipo de hallazgo sospechoso, y 55 fueron diagnosticadas con cáncer de mama.

También se ha ampliado significativamente la cobertura del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, incluyendo la cobertura de reconstrucción mamaria, mastectomía por reducción de riesgos, detección de BRCA 1 y BRCA 2, además de la inclusión de medicamentos oncológicos y 70 nuevos procedimientos, con un tope de RD\$2,090,000 (incremento de más de un 100% en comparación con la cobertura de RD\$ 1,000,000 vigente desde el año 2015), eliminando copagos en el régimen subsidiado.

El número de pacientes cubiertos por el programa de la Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo (DAMAC) también ha aumentado significativamente en los pasados cuatro (4) años, triplicando su presupuesto a RD\$7,314 millones en 2023, con un 14% destinado al tratamiento del cáncer de mama.

A pesar de los avances logrados, persisten desafíos significativos en la articulación de los servicios de atención al cáncer de mama, lo que complica la navegación del sistema, especialmente para mujeres de bajos recursos.

Factores como el nivel educativo, ingresos y lugar de residencia siguen marcando las desigualdades en el acceso a los servicios y en los resultados del tratamiento, con mayores afectaciones en los estratos más vulnerables, donde las creencias y estilos de vida limitan la prevención y resultan en diagnósticos tardíos.

Además, aunque la cobertura del Seguro Familiar de Salud (SFS) y del programa de Alto Costo ha mejorado, se observan importantes brechas en los tiempos de espera, falta de medicamentos y problemas logísticos, lo que genera traslados innecesarios y demoras prolongadas, afectando tanto el diagnóstico como el acceso oportuno al tratamiento. Esto resalta la necesidad de optimizar los sistemas de registro e inventario de medicamentos y de buscar fuentes alternativas de financiamiento que aseguren la sostenibilidad de este programa, sin afectar otros servicios del Ministerio de Salud Pública, promoviendo a la vez una mayor integración del sistema de salud en la respuesta al CaM, y facilitando servicios de navegación para las usuarias, particularmente en sectores más vulnerables.

03

Detección y diagnóstico

El diagnóstico tardío del cáncer de mama (CaM) sigue siendo un desafío, particularmente en los estratos socioeconómicos más bajos, donde factores como el nivel educativo, ingresos y la ubicación geográfica limitan el acceso a servicios de detección temprana. Aun cuando el país no dispone de registros ni estadísticas confiables de cáncer a nivel nacional, se ha considerado que un estimado entre 65% y 70% de diagnósticos de CaM ocurren en etapas avanzadas (III y IV), en comparación con menos de 30% de diagnósticos en estadios tardíos reportados en países desarrollados.

Estos porcentajes, según los aportes de informantes claves, pudieran comportarse de una manera radicalmente distinta en el sector privado en comparación con el sector público, aunque a la fecha no se dispone

de datos cuantitativos confiables para poder corroborar o descartar estas afirmaciones. Aun así, se han logrado avances importantes con la introducción de nuevas tecnologías y la ampliación del Plan Básico de Salud, que ahora cubre más procedimientos diagnósticos. Además, se destaca el creciente involucramiento de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes de CaM en actividades de promoción de la detección temprana en diversas regiones del país.

Se recomienda la implementación de programas de capacitación estructurados para médicos generales y gineco-obstetras, con el apoyo de sociedades especializadas y la academia, para fomentar referimientos oportunos. Igualmente, es crucial incluir la detección temprana del CaM en la currícula educativa, expandir la cobertura del Programa de Detección de Cáncer de Mama del SNS y fortalecer la red de establecimientos públicos para descongestionar los centros especializados.

04

Tratamiento

Las demoras en el inicio del tratamiento, especialmente en los grupos más vulnerables, se vinculan en gran parte a la congestión de los centros públicos y a las dificultades para navegar, tanto dentro del sistema de seguros como dentro de los servicios mismos.

Se observa la inequidad en el acceso para los grupos socioeconómicamente más vulnerables, quienes enfrentan barreras de distancia, altos costos de transporte y largos tiempos de espera.

No obstante, desde el año 2021 se han registrado avances significativos, como la ampliación de la cobertura del Plan Básico de Salud, que ahora incluye procedimientos de reconstrucción mamaria, mastectomía preventiva, quimioterapia, radioterapia y 25 fármacos específicos para el tratamiento del CaM.

También se han mejorado las tecnologías y protocolos para optimizar los tratamientos y reducir los efectos adversos. Se recomienda descentralizar los servicios de tratamiento, asegurando su distribución equitativa en todo el país, y establecer mecanismos que faciliten la navegación de las usuarias dentro del sistema de seguros y servicios disponibles para el tratamiento del CaM.

05

Soporte y seguimiento

En cuanto a los servicios de soporte y seguimiento para el cáncer de mama (CaM), las principales brechas incluyen una cobertura limitada de consultas de psicología, fisioterapia y otros servicios de apoyo, incluyendo cuidados paliativos y visitas domiciliarias.

Además, las mujeres diagnosticadas con CaM enfrentan múltiples amenazas a su bienestar psicosocial, como pérdida de empleo, reducción de ingresos, violencia de género, abandono de parejas y aislamiento social. Sin embargo, las asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes han jugado un rol clave como red de apoyo en el tratamiento. Para mejorar este aspecto, se recomienda establecer mecanismos que faciliten el acceso a las plataformas de seguridad social para fortalecer las redes de apoyo, ampliar los servicios de cuidados paliativos (incluyendo visitas domiciliarias), y formalizar el papel de las asociaciones en el soporte y seguimiento, identificando mecanismos de financiamiento adecuados.

Partiendo de lo anterior, el cuadro 1 resume las principales brechas y fortalezas identificadas en la situación actual de servicios de detección, diagnóstico y manejo del cáncer de mama en la República Dominicana, sistematizadas en torno a las cinco áreas estratégicas previamente descritas. Cada una de ellas se define y analiza más detenidamente en la sección de presentación y discusión de resultados, presentándose las recomendaciones para las estrategias relevantes en el acápite de conclusiones y recomendaciones.



Cuadro 1. Brechas y fortalezas identificadas, por área estratégica

ÁREA	BRECHAS	FORTALEZAS
Sistemas de información y disponibilidad de datos	• Inexistencia de un Registro de Tumores funcional en el país • Ausencia de estadísticas confiables y representativas a nivel nacional • Limitada producción científica local vinculada al CaM • Limitaciones en la estimación del gasto de bolsillo y el impacto económico del CaM	• Base de datos de SISALRIL integra la información de las ARS del país • Resolución Ministerial 014-2020 que crea el Registro de Cáncer de la RD • Experiencias de registro y manejo de datos del CaM en varios establecimientos especializados del país
Sistema de salud y organización de servicios	• Sistema de salud segmentado y desarticulado • Concentración de servicios públicos en un número reducido de establecimientos (sobredemanda y largos tiempos de espera) • Sobrecarga de trabajo para especialistas en establecimientos públicos • Limitada comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud • Complejidad en el proceso de navegación y demoras asociadas en el diagnóstico y el tratamiento	• Alta prioridad otorgada a la respuesta al CaM desde el sector gubernamental • Financiamiento protegido de RD\$427.2 MM asignado a detección oportuna y atención a cáncer en el presupuesto nacional • Incremento de más de un 100% en la cobertura anual del Plan Básico de Salud para el CaM en 2022 (2,090,000 DOP), y la inclusión de un rango más amplio de procedimientos diagnósticos y de tratamiento • Afiliación universal (97.7%) de la población dominicana al SFS en los últimos 4 años • Programa Detección de Cáncer de mama, Cervicouterino y Próstata, desde el año 2021

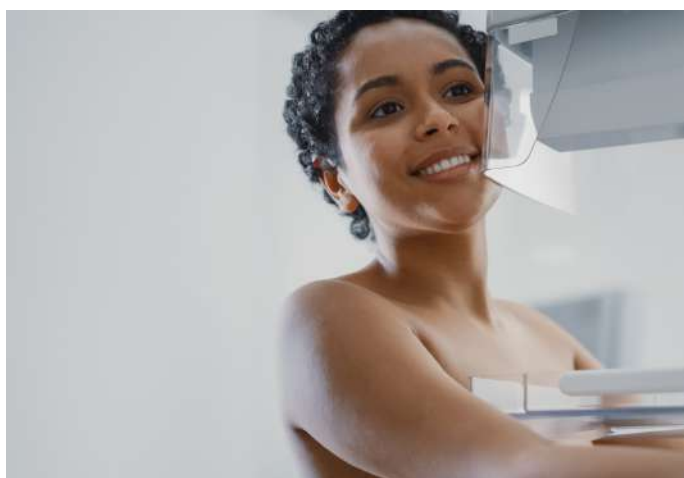
ÁREA	BRECHAS	FORTALEZAS
Sistema de salud y organización de servicios	- Financiamiento de medicamentos de alto costo atado al presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Limitaciones en el sistema de registro, inventario y brechas tecnológicas del DAMAC, así como deficiencias en la comunicación con usuarios	- Creciente disponibilidad de servicios, incluyendo la alta tecnología, tanto en el sector privado como en el público - Involucramiento de sociedades especializadas en la formación de profesionales - Presencia y fortalecimiento de grupos de usuarias de manera articulada con las intervenciones gubernamentales
Detección y diagnóstico	- Detección y diagnóstico tardío del CaM (estimado de 65%-70% en estadios III y IV) - Determinantes sociales de la salud interfieren con acceso en estratos socio-económicos más bajos - Necesidad de priorizar referimientos a procedimientos de tamizaje desde atención primaria - Concentración y congestionamiento de servicios de detección y diagnóstico en establecimientos más especializados	- Incremento en la disponibilidad de nuevas tecnologías para detección y el diagnóstico oportuno del CaM - Cobertura de más de 15 procedimientos diagnósticos del CaM en el Plan Básico de Salud - Introducción del Programa de Detección temprana para poblaciones más vulnerables - Involucramiento de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes en la detección y diagnóstico del CaM en diferentes zonas del país

ÁREA	BRECHAS	FORTALEZAS
Tratamiento	• Congestionamiento de centros públicos de referencia nacional, limitaciones de recursos y la complejidad de navegación de seguros y fuentes de financiamiento potenciales demora el inicio oportuno de tratamiento • Inequidad en el acceso de grupos sociodemográficos más vulnerables al tratamiento oportuno para CaM, debido a barreras de distancia, costos de transporte y tiempos de espera en establecimientos de referencia nacional	• Creciente disponibilidad de servicios, incluyendo la alta tecnología, tanto en el sector privado como en el público • Involucramiento de sociedades especializadas en la formación de profesionales • Presencia y fortalecimiento de grupos de usuarias de manera articulada con las intervenciones gubernamentales
Soporte y seguimiento	• Limitada cobertura de consultas de psicología y otros servicios de apoyo en el tratamiento oncológico, incluyendo servicios de fisioterapia, los cuidados paliativos y visitas domiciliarias, entre otros • Alta vulnerabilidad de mujeres diagnosticadas con el CaM a múltiples amenazas para su bienestar psicosocial, incluyendo la pérdida de empleo y reducción de ingresos familiares, violencia de género, abandono de parejas y pérdida del círculo de apoyo social, entre otras	• Involucramiento de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes del CaM como red de apoyo en el proceso de tratamiento al CaM

Este estudio, y sus hallazgos, representan una primera aproximación a la caracterización y la sistematización de la situación y la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana, y, siendo una iniciativa de carácter exploratorio y general, no profundiza en aspectos específicos que serían necesarios para una comprensión más especializada del tema.

La ausencia de un Registro Nacional de Tumores, sumada a la fragmentación de los datos programáticos disponibles, limitó la posibilidad de extraer inferencias precisas sobre indicadores epidemiológicos, clínicos y las tendencias en el diagnóstico y la respuesta a esta condición de salud en el país. A la vez, el carácter cualitativo de los datos primarios recolectados no permite cuantificar varios indicadores clave, incluyendo las etapas de diagnóstico y las posibles diferencias entre el sector público y privado con respecto a éstas, los tiempos promedio de acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, o la carga específica de los gastos de bolsillo, entre otros aspectos importantes.

A pesar de las limitaciones señaladas, este estudio, realizado con la orientación y asesoría de un grupo de expertos de alto nivel, ofrece una visión general y panorámica de la situación actual del cáncer de mama (CaM) y los servicios disponibles en la República Dominicana para esta condición de salud.



En este sentido, esta iniciativa puede definirse como un primer paso hacia el establecimiento de una agenda nacional de investigación y acción basada en evidencia local en este ámbito.

- Los determinantes epidemiológicos del CaM en la República Dominicana, incluyendo su incidencia y prevalencia en diferentes grupos etarios y, de manera particular, en la población masculina, así como la tipificación genómica del CaM y su distribución en diferentes áreas geográficas, dada su relevancia para los tratamientos personalizados actualmente disponibles.
- La cuantificación de indicadores y resultados de los servicios de diagnóstico y tratamiento, incluyendo los tiempos de espera y los factores relacionados con la navegación de los servicios.
- Estudios de costo-efectividad de tecnologías y moléculas innovadoras para el diagnóstico y tratamiento del CaM, como apoyo a la toma de decisiones del SFS y DAMAC.
- Estudios operativos que permitan introducir mejoras a corto y mediano plazo en los servicios y mecanismos de seguridad social actualmente disponibles para apoyar el diagnóstico y el tratamiento del CaM, con atención especial en el análisis del funcionamiento operativo y mecanismos alternos de financiamiento del DAMAC.
- Estudios dirigidos a la definición y consenso de criterios e indicadores clínicos y programáticos clave para el CaM en la República Dominicana, como base para la integración del Registro Nacional de Tumores, incluyendo estudios de supervivencia que puedan orientar las acciones hacia un manejo más costo-efectivo de la enfermedad en el país.

I. Presentación



El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel global, con 2.3 millones de mujeres diagnosticadas con esta condición de salud y 666,103 defunciones por esta causa en el año 2022.

De acuerdo con estimaciones publicadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan, por sus siglas inglés), el 9.6% de casos nuevos de cáncer de mama en 2022 se dieron en América Latina y el Caribe, con una incidencia más alta antes de los 50 años en comparación con América del Norte (Globocan, 2022).

En el caso de la República Dominicana, las estimaciones de la misma fuente (Globocan, 2022) reportan 20,171 nuevos casos de cáncer en el año 2022, con el cáncer de mama constituyendo el 16.1% de éstos (3,244 casos), siendo este porcentaje mucho más alto si se toma en cuenta solamente la población femenina (34.4%).

No obstante, y pese a la inexistencia de un Registro de Cáncer nacional que pudiera fundamentar reportes estadísticos más precisos, los registros actuales de Administradoras de Riesgos en Salud (ARS) de la República Dominicana, compiladas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), reportan un número mayor de nuevos diagnósticos de cáncer de mama en el año 2023, con un total de 4,201 casos nuevos, correspondiendo el 91.8% de los mismos a mujeres (SISALRIL, 2024).

El gasto total reportado como asociado al tratamiento del cáncer de mama en el 2022, cubierto por las ARS en la República Dominicana, ascendió a RD \$1,912,605,082.78 (aproximadamente 99,535,529 USD), con más del 80% de este monto asociado a medicamentos de alto costo. En el año 2021 el gasto total por CaM fue de RD\$ 1,617,449,575, observándose un incremento de RD\$ 295,155,507 (18.2%) en el periodo de 12 meses. La mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en países de altos ingresos gracias a programas de detección temprana y tratamientos efectivos. Sin embargo, en naciones con menos recursos persisten desafíos en el acceso a diagnóstico y tratamiento oportunos, a pesar de la disponibilidad de intervenciones efectivas y asequibles. En la República Dominicana no se dispone de estadísticas oficiales que permitan evaluar este indicador, ni su evolución en las últimas décadas.

No obstante, de acuerdo con las estimaciones de Globocan (2022), el cáncer de mama es la segunda causa más común de muerte por cáncer en el país, superada únicamente por el cáncer de próstata, con un total de 1,457 muertes en el año 2022, correspondiente al 12.4% de todas las muertes por cáncer en ese año (Globocan, 2022).

Estos datos subrayan la importancia de fortalecer la respuesta al cáncer de mama en el país, en torno a los tres ejes propuestos por la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama (OMS, 2021), reforzando las intervenciones que fomenten la detección, el diagnóstico oportuno y el manejo integral de esta entidad.

Para proporcionar la evidencia necesaria en el diseño e implementación de intervenciones oportunas que fortalezcan la respuesta al cáncer de mama en el país desde una perspectiva integral, se llevó a cabo un Proceso de Abordaje Rápido (RAP, por sus siglas en inglés).

Los resultados de este proceso se resumen en el presente informe, destacando tanto las brechas como las fortalezas identificadas en los componentes evaluados de la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana, así como las recomendaciones para estrategias que optimicen esta respuesta a corto, mediano y largo plazo en el país.



II. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Caracterizar la situación actual de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la República Dominicana, desde una perspectiva fundamentalmente cualitativa, centrada en la revisión de registros estadísticos disponibles, las opiniones de expertos y las experiencias reportadas por sobrevivientes del cáncer de mama¹ y sus familiares en el país.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar, mapear y describir servicios actualmente disponibles para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la República Dominicana, caracterizando su calidad y grado de integración a partir de las informaciones suministradas por tomadores de decisiones y actores claves de los diferentes sectores.
2. Contrastar la disponibilidad y la calidad de servicios existentes en el país con la demanda actual de los mismos, tomando en cuenta la percepción de expertos en el tema y la perspectiva de sus usuarias, con énfasis en el sector público.
3. Identificar brechas y oportunidades de mejora en la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana, enfatizando los servicios de diagnóstico oportuno y el manejo integral del cáncer de mama, así como la trayectoria de pacientes posterior al diagnóstico.

¹ Se asume, para fines de este estudio, la definición de sobreviviente de cáncer establecida por la Coalición Nacional para la Supervivencia al Cáncer (NCCS, por sus siglas en inglés) en el año 1986, que abarca las experiencias de personas con cáncer a partir de su diagnóstico: “vivir con, a través de y más allá de un diagnóstico de cáncer”; The NCCS Definition of a “Cancer Survivor.” NCCS - National Coalition for Cancer Survivorship. <https://canceradvocacy.org/defining-cancer-survivorship/>. Por ende, para fines del estudio, se consideraron como “sobrevivientes de cáncer de mama” todas las mujeres diagnosticadas con esta condición de salud, independientemente de la fase de su tratamiento o post-tratamiento en el cual se encontraban en el momento de recopilación de datos.

III. Aspectos metodológicos

3.1. Diseño

Se llevó a cabo un Proceso de Evaluación Rápida (RAP, por sus siglas en inglés) para identificar y describir los servicios disponibles para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la República Dominicana, y su relación con la demanda actual de los mismos. Este diseño observacional (Beebe, 2001), ampliamente utilizado en estudios de servicios de salud, particularmente en diagnósticos de situación que requieren de integración de diferentes fuentes de datos en un periodo de tiempo limitado, se basa en búsqueda intensiva de información por un equipo de investigadores, y la triangulación de datos de diferentes fuentes primarias y secundarias.

Se tomaron en cuenta datos cualitativos y cuantitativos facilitados por tomadores de decisiones e informantes claves en el ámbito del cáncer de mama en el sector público y privado del sistema de salud, así como la percepción de usuarias de los diferentes servicios de diagnóstico y tratamiento actualmente disponibles en la República Dominicana. Los datos reunidos a través de entrevistas cualitativas, grupos de discusión y la revisión de estadísticas y documentos disponibles, fueron triangulados para caracterizar la disponibilidad y la calidad de servicios existentes, así como para identificar brechas y oportunidades de mejora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la República Dominicana.

De manera acorde a la naturaleza iterativa de métodos cualitativos, la ejecución del estudio siguió un diseño flexible, integrando modificaciones en la propuesta original de manera acorde a la información recopilada en las fases iniciales del mismo.

La ejecución del estudio contó con la participación y aportes de un Comité de Expertos de alto nivel, constituido para acompañar y orientar las diferentes fases del proceso RAP, así como para apoyar la identificación de fuentes de información más relevantes para los objetivos propuestos. Este Comité estuvo integrado por cinco (5) especialistas en diferentes áreas de manejo del CaM en la República Dominicana, incluyendo diagnóstico por imágenes, oncología clínica, hemato-oncología, mastología, cirugía oncológica y reconstructiva de la mama, genética, biología molecular y celular, y la radioterapia oncológica.

Los integrantes del Comité fueron invitados a participar en el estudio tomando en cuenta su amplia experiencia e involucramiento activo en la respuesta al CaM desde los diferentes ámbitos profesionales, públicos y privados, así como desde las sociedades especializadas en áreas relevantes, en la República Dominicana e internacionalmente.

3.2. Fuentes de datos

El Cuadro 1, a continuación, resume las técnicas de recopilación de datos y las fuentes de información utilizadas, cuyos datos fueron triangulados en el proceso de análisis iterativo, hasta alcanzar los objetivos propuestos.

Cuadro 1. Técnicas y fuentes de información propuestos para el estudio

TIPOS DE DATOS	TÉCNICAS	FUENTE/INFORMANTE
Cuantitativos	Revisión de estadísticas y bases de datos existentes	- Bases de datos programáticos y estadísticas disponibles en el país (SISALRIL, SNS, Dirección General de Habilitación y Acreditación) - Estimaciones internacionales (Globocan)
Cualitativos	Revisión bibliográfica	Documentos físicos y digitales referidos por el Comité de Expertos e informantes claves consultados
	Entrevistas cualitativas (n=10)	Informantes vinculados a la respuesta al cáncer de mama en RD, incluyendo actores claves y tomadores de decisiones (n=4), proveedores de servicios de salud (n=3), sobrevivientes de CaM y activistas (n=2), familiar de sobreviviente de CaM (n=1).
	Grupos focales (n=4)	Proveedores y usuarias de diferentes servicios disponibles para la respuesta al cáncer de mama en RD, incluyendo sobrevivientes de CaM (2 grupos, 14 participantes), personal involucrado en provisión de servicios de CaM² (1 grupo, 9 participantes) y gineco-obstetras involucrados en procesos de detección de CaM (1 grupo, 4 participantes).
	Observaciones directas en espacios sociales y profesionales	Participación en actividades enfocadas en la respuesta al CaM en el país, incluyendo actividades sociales de recaudación de fondos, operativos médicos y paneles científicos sobre el tema.

² Este grupo integró médicos auditores y especialistas involucrados en la coordinación y entrega de servicios del Programa de Detección de Cáncer de Mama implementado desde el Servicio Nacional de Salud, en diferentes provincias del país.

3.3. Consideraciones éticas

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y los instrumentos de recopilación de datos fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de Investigación internacionalmente acreditado de Two Oceans in Health (IRB FWA00031272), y aprobados por el mismo, de forma expedita, el 30 de julio del año en curso (20iH 007-2024).

Este estudio, de carácter observacional, no expuso a ninguno de sus participantes a riesgos significativos de carácter psicológico, físico o social y les fue garantizado el manejo completamente confidencial de sus datos. Todos los datos cuantitativos fueron registrados en formato electrónico, utilizando la plataforma de REDCap, una aplicación web segura para construir y administrar encuestas y bases de datos en línea, cumpliendo con las regulaciones internacionales de 21 CFR Part 11, FISMA e HIPAA. Los datos cualitativos fueron transcritos de manera de-identificada, y guardados en el servidor seguro de Two Oceans, con acceso otorgado exclusivamente a la investigadora principal y la coordinadora del estudio.

La identidad de los/las participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada por él/ella. Para estos fines, a cada participante le fue asignado un Código del Participante (CP), siendo todos los registros correspondientes a un individuo señalados de esta manera.

Igualmente, los datos derivados de las entrevistas cualitativas y los grupos focales fueron almacenados en un formato anónimo, para fines de su posterior análisis. Se agotó un proceso exhaustivo de consentimiento informado con todos los participantes en el componente cualitativo del estudio. A los participantes les fue facilitada la información de contacto de los investigadores en el momento de la firma del formulario de consentimiento, a quienes podrán contactar para fines de cualquier pregunta, aclaración o queja relativa a la participación en el mismo.

III. Presentación y discusión de resultados

4.1. Sistemas de información y estadísticas de cáncer de mama en República Dominicana

4.1.1. Sistemas de información disponibles

Una de las principales brechas identificadas en la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana es la falta de registros confiables que permitan caracterizar de manera precisa la epidemiología y evolución de la enfermedad a lo largo de las últimas décadas. A pesar de la resolución ministerial de 2020 que establecía la creación de un Registro de Cáncer en el país, este, a la fecha, no se ha podido implementar. Por otro lado, si bien algunos centros de atención, tanto públicos como privados, cuentan con datos programáticos de alta calidad, la naturaleza altamente especializada de estos centros, que reúnen usuarios cuyo diagnóstico y/o el estadio de cáncer ameritan de este tipo de servicios especializados, interfiere con la generalización de las tendencias derivadas de estos datos a la población dominicana en general.

Más aún, la variabilidad entre los criterios y las variables recolectadas en las diferentes bases de datos existentes en centros específicos complejiza todo intento de estandarización y la potencial interoperabilidad entre las mismas. Esta carencia limita, de manera importante, la capacidad de desarrollar estrategias efectivas y basadas en evidencia para la prevención y tratamiento del cáncer de mama a nivel nacional, de manera congruente con lo reportado por Strasser-Weippl et al. en el informe realizado para The Lancet Oncology en el 2015, sobre la ausencia de registros de cáncer como un obstáculo importante para el diseño de planes efectivos para su prevención y control.

La República Dominicana carece de un Registro Nacional de Tumores, lo cual dificulta una caracterización más precisa del CaM en el país, incluyendo sus aspectos epidemiológicos, clínicos y de gestión en salud, descansando la respuesta a esta entidad sobre las estimaciones de Globocan. Las bases de datos como la del SISALRIL y experiencias en algunos centros especializados ofrecen un punto de partida importante, para la estandarización de criterios e indicadores, así como para el desarrollo de un sistema de información interoperable a nivel nacional.



El país también enfrenta limitaciones significativas en cuanto a la producción de estudios científicos sobre el cáncer de mama, con muy pocas publicaciones internacionales relacionadas con este tema. Como resultado, revisiones sistemáticas sobre el cáncer de mama realizadas en la región del Caribe (Tiscoski et al., 2023; Samaroo et al., 2021) no incluyen estudios de la República Dominicana entre sus fuentes analizadas. Esto resalta la necesidad de desarrollar capacidades de investigación en los profesionales de la salud involucrados en la respuesta al cáncer de mama y de fomentar la generación y publicación de evidencia local, que facilite la evidencia requerida para el diseño de intervenciones y políticas de salud efectivas en este ámbito.

En ausencia de un registro de tumores y de fuentes programáticas confiables en el país, las tendencias epidemiológicas se describen utilizando estimaciones internacionales, particularmente las de Globocan.

Sin embargo, un análisis más detallado de estas estimaciones revela que las cifras proyectadas no se basan en datos originales de la República Dominicana. En su lugar, se fundamentan en estimaciones de mortalidad a partir de tendencias observadas en países nórdicos para el período 2011-2020, ajustadas según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) (Globocan, República Dominicana, 2022). Esto sugiere la necesidad de cautela al interpretar estos datos, ya que pudieran no reflejar con precisión la realidad epidemiológica del país.

A partir de las entrevistas realizadas con informantes clave y la revisión de las bases de datos en el componente cuantitativo de este estudio, se concluye que, ante la falta de un Registro Nacional de Tumores, la fuente más confiable para entender las tendencias en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama es la base de datos de SISALRIL. Esta fuente integra los datos nominales reportados de manera regular y auditada por las distintas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) que conforman el sistema de seguridad social en la República Dominicana. Sin embargo, como se presenta en la sección siguiente, las estadísticas obtenidas de esta base de datos difieren significativamente de las reportadas por Globocan, lo que invita a una reflexión y análisis más profundo sobre la verdadera incidencia y prevalencia del cáncer de mama en el país.

También, es importante señalar que esta fuente de información, fundamentalmente administrativa, no sustituye la necesidad imperante de un Registro Nacional de Tumores. Dicho registro incluiría variables adicionales cruciales para una caracterización más completa, como la etapa clínica en el momento del diagnóstico, características histopatológicas del tumor (como el tipo y grado histológico), datos de factores de riesgo, respuestas al tratamiento, seguimiento a largo plazo y resultados de supervivencia. La recopilación de estas variables proporcionaría un panorama más detallado y preciso de la situación del cáncer de mama en el país, permitiendo una mejor planificación de estrategias de prevención y tratamiento.



4.1.2. Epidemiología del cáncer de mama en República Dominicana

Se estima que cada año ocurren 1.5 millones de nuevos casos de cáncer y 700,000 muertes en América Latina y el Caribe (ALC), con tasas de incidencia y mortalidad de 186.5 y 86.6 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. En 2020, los cánceres más comunes fueron el de próstata (15%), mama (14%), colorrectal (9%), pulmón (7%) y estómago (5%), siendo el cáncer de pulmón la principal causa de muerte (12%), aunque con variaciones significativas entre los países. Las tendencias de mortalidad por cánceres relacionados con infecciones tienden a disminuir, mientras que los cánceres vinculados a la occidentalización, como el cáncer de mama, están en aumento. Se proyecta que, si estas tasas permanecen sin cambios, la carga de cáncer en ALC se incrementará en un 67%, llegando a 2.4 millones de nuevos casos anuales para el año 2040 (Piñeros et al., 2022).

Estimación de cifras anuales actuales

1.5 millones

de nuevos casos de cáncer

700.000

muertes atribuibles al cáncer

Incidencia:
186.5
por cada
100.000 habitantes

Mortalidad:
86.6
por cada
100.000 habitantes

Fuente: Globocan 2020

Por otro lado, la incidencia del cáncer de mama sigue aumentando a nivel global. Este incremento se debe no solo a una mejor detección, sino también a cambios en los patrones de fertilidad y estilos de vida, especialmente en países menos desarrollados. Los países desarrollados tienen la mayor incidencia de cáncer de mama, pero las tasas de mortalidad varían considerablemente según la región, siendo más altas en áreas socioeconómicamente desfavorecidas debido a la falta de acceso a exámenes tempranos y tratamientos oportunos (Arzanova & Mayrovitz, 2022).

Partiendo de los datos publicados por Globocan 2022, la República Dominicana presentó 3,244 casos nuevos de cáncer de mama, todos en población femenina, correspondiente al 34.4% de nuevos diagnósticos de cáncer entre mujeres, y 16.1% del total de cánceres diagnosticados en la población dominicana en el 2022. Las muertes causadas por cáncer de seno en el mismo periodo fueron 1,457, siendo esta la primera causa de muertes por cáncer entre mujeres, y segunda en la población general.

En el año 2023 los registros de SISALRIL reportan 4,201 casos nuevos de cáncer de mama, incluyendo 370 (8.8%) de hombres. Partiendo de las estimaciones de Globocan, las muertes causadas por cáncer de seno en el 2022 fueron 1,457, siendo esta la primera causa de muertes por cáncer entre mujeres, y segunda en la población general. El gasto total cubierto por las ARS en el 2022, ascendió a RD\$ 1,912,605,082, con más del 80% de este monto asociado a medicamentos de alto costo.

No obstante, los datos nominales reportados por las ARS dominicanas, y consolidadas por la SISALRIL, sugieren una incidencia más alta de esta condición de salud, con 4,201 nuevos casos diagnosticados en el año 2023, incluyendo 370 (8.8%) hombres. El cuadro 3, a continuación, presenta los detalles de casos diagnosticados en los años 2018-2023, desglosados por tipo de régimen del SFS y sexo, registrados en la base de datos de SISALRIL. Estos datos sugieren cierta estabilidad en el número de casos nuevos por año durante este periodo, exceptuando el año 2020, marcado por el impacto de la epidemia de COVID-19 en los servicios de salud.

Cuadro 3. República Dominicana. Seguro Familiar de Salud. Personas Diagnosticadas con CaM por primera vez en el SDSS, por año según régimen y sexo. años: 2018-2023. Fuente: SISALRIL.

Año	Seguro familiar de salud			Régimen contributivo			Régimen subsidiado		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total 2018-2023	25,371	2,504	22,867	13,052	1,028	12,024	12,319	1,476	10,843
2018	4,659	415	4,244	2,734	180	2,554	1,925	235	1,690
2019	4,147	446	3,701	2,223	209	2,014	1,924	237	1,687
2020	3,255	431	2,824	1,627	150	1,477	1,628	281	1,347
2021	4,616	446	4,170	2,122	174	1,948	2,494	272	2,222
2022	4,493	396	4,097	2,172	158	2,014	2,321	238	2,083
2023	4,201	370	3,831	2,174	157	2,017	2,027	213	1,814

Por otro lado, en el año 2022, el número total de beneficiarios del SFS con CaM registrados en la base de datos de SISALRIL ascendió a 9,137, incluyendo 519 (5.7%) casos diagnosticados en hombres.

Los expertos consultados en el presente estudio destacaron el porcentaje notablemente elevado de CaM en hombres dominicanos, en comparación con otros países, como el Reino Unido, con 0.5% - 1.0% de CaM diagnosticados en población masculina (Siegel et al., 2017) y Estados Unidos con <0.5% (White et al, 2011), mientras que en África Central se reportan cifras de hasta 6.0% de CaM en hombres (Sasco et al, 1993). Estas diferencias pudieran sugerir la existencia de factores genéticos y epidemiológicos no estudiados, que pudieran contribuir a una mayor incidencia de esta entidad en algunos sub-grupos étnicos y/o sociales de la población masculina, afectando también a la población dominicana.

Por otro lado, los datos consolidados por SISALRIL reflejan un incremento de 12% en prevalencia con respecto al año 2021, cuando se registraron 8,130 de cáncer de mama (ver Figura 1, a continuación). El 53% de personas con CaM estuvo afiliada al régimen subsidiado y el 47% al régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), sugiriendo una alta proporción de personas sin ingresos fijos o con ingresos inferiores al salario mínimo nacional con CaM durante este período.

Figura 1. Casos diagnosticados con cáncer de mama (prevalencia) en el periodo 2021-2022 (Fuente: SISALRIL)

Cabe señalar que los expertos consultados en el presente estudio señalaron, de manera reiterada, su percepción de un incremento significativo en el diagnóstico del cáncer de mama en mujeres cada vez más jóvenes a lo largo de la última década, aun cuando, según explicado en el acápite 4.1.1., el país actualmente no cuenta con registros epidemiológicos confiables para corroborar estas percepciones con base en evidencia.

El gasto total asociado del tratamiento de cáncer de mama, cubierto por las ARS en el año 2022, ascendió a RD\$ 1,912,605,082 (aproximadamente 99,535,529 USD), con más del 80% de este monto asociado a medicamentos de alto costo. En el año 2021 el gasto total por CaM fue de RD\$1,617,449,575, observándose un incremento de RD\$ 295,155,507 (18.2%) en el periodo de 12 meses. Por otro lado, el sistema de registro actual de las ARS no permite estimar con precisión los montos asociados a procedimientos diagnósticos del CaM en el país, los cuales quedan registrados en grupos de servicios diferentes, sin asociarse específicamente a la entidad de CaM. Tampoco se dispone de datos precisos sobre el gasto del bolsillo asociado al diagnóstico y el tratamiento de esta entidad, requiriendo la estimación de estos montos – y del impacto del CaM en la economía familiar – de estudios más especializados.

4.2. Organización e integración de servicios

4.2.1. Disponibilidad de servicios

En las últimas décadas, la cobertura de servicios para el CaM en América Latina y el Caribe (ALC) ha mejorado considerablemente gracias a dos procesos clave: las reformas en los sistemas de salud estatales que buscan avanzar hacia un seguro de salud universal con un paquete básico de servicios y la creciente participación del sector privado en el ámbito sanitario, lo que ha contribuido a ampliar la cobertura (American Cancer Society / PAHO, 2015). Además, estudios recientes muestran avances significativos en poco tiempo, destacando reformas estructurales en los sistemas de salud, la creación de programas dirigidos a poblaciones desfavorecidas, la expansión de registros de cáncer y la implementación de políticas para mejorar la prevención primaria de la enfermedad (Strasser-Weippl et al., 2015).

La República Dominicana ha seguido la tendencia regional de mejora en la respuesta al cáncer de mama, logrando desarrollo notable en la detección y tratamiento de esta enfermedad. Entre los puntos más destacados se encuentran las mejoras en la infraestructura de diagnóstico, el acceso a tratamientos y la percepción general de la alta prioridad que las instancias gubernamentales otorgan a esta condición de salud. Estas acciones reflejan el compromiso de las autoridades de salud para abordar el cáncer de mama de manera integral, alineándose con los esfuerzos observados en otros países de América Latina y el Caribe para fortalecer la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

La República Dominicana presenta avances importantes en la disponibilidad de servicios para detección y tratamiento del cáncer de mama, incluyendo el Programa de Detección de Cáncer de Mama del SNS, establecido en el año 2021, para mejorar acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos en comunidades vulnerables. Este programa queda respaldado por el financiamiento protegido de 427.2 millones de pesos asignado a detección oportuna y atención a cáncer en el presupuesto nacional aprobado para el año 2024.

Un importante punto de mejora en la respuesta al cáncer en la República Dominicana ha sido el establecimiento, en 2021, del Programa de Detección de Cáncer de Mama, Cervicouterino y Próstata, liderado por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Este programa se enfoca en abordar comunidades vulnerables para fomentar la prevención y el seguimiento oportuno de los principales tipos de cáncer que afectan a la población. Además, promueve la detección temprana del cáncer de mama y la referencia oportuna de los pacientes al Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) para su manejo.

El programa realiza operativos comunitarios en áreas remotas, priorizando personas con factores de riesgo definidos para el CaM, y refiriendo a aquellas con hallazgos sospechosos a una red de 10 centros de salud de nivel provincial para realizar el diagnóstico. Aquellos con un diagnóstico provisional de cáncer de mama son derivados al INCART para recibir tratamiento y seguimiento, contando con apoyo para cubrir los costos de transporte y la navegación por las diferentes instancias relevantes del sistema de salud.

“Nosotros vamos al punto, tamizamos al paciente, le hacemos el estudio al paciente y diagnosticamos al paciente, y ese paciente o se le da el plan de 1 año que tiene que volver hacerse el estudio, o, si sale un hallazgo positivo lo llevamos a otro equipo paralelo que es también nuestro y está en hospitales priorizados y le damos seguimiento con un segundo equipo que pertenece al programa. Ya ese paciente el mismo día que sale positivo se llama, se busca, se biopsia y se le da su tratamiento en el menor tiempo posible”

Fuente: Tomadores de decisión

Partiendo de los datos programáticos compartidos por el SNS, desde el inicio del programa en octubre de 2021, se han tamizado entre 10,000 y 15,000 personas anualmente. Hasta la fecha, se ha tamizado un total aproximado de 42,000 personas, de las cuales alrededor del 15% presentó algún tipo de hallazgo sospechoso, y 55 fueron diagnosticadas con cáncer de mama. Los operativos comunitarios incluyen la participación de representantes de asociaciones de usuarias y de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, como la Asociación de Mujeres Solidarias (AMSI) y la Fundación Prevención Contra el Cáncer (FUPRECA), quienes se encargan de realizar charlas de concientización y brindar apoyo emocional a las mujeres recién diagnosticadas, acompañándolas en su proceso. Esta alianza

entre la sociedad civil y las intervenciones gubernamentales aporta beneficios significativos, ya que fortalece la respuesta comunitaria al cáncer de mama, fomenta la educación y sensibilización en torno a la enfermedad, y proporciona un apoyo emocional crucial para las pacientes:



“Entonces aquí no es así, aquí es real, por ejemplo, estoy viva y tengo 9 años. Yo tengo 10 años casi 11 conociendo a la fundación, pero la fundación tiene 9 años ayudándome con mi tratamiento de mi cáncer y por ella yo estoy aquí”. Fuente: Usuarias de servicios

De manera general, se ha registrado un incremento en la introducción de nuevas tecnologías y técnicas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, tanto en el sector público como en el privado, con el financiamiento protegido de 427.2 millones de pesos asignado a detección oportuna y atención a cáncer en el presupuesto aprobado para el año 2024³. Según datos proporcionados por la Dirección General de Habilitación y Acreditación, el país cuenta actualmente con 18 establecimientos privados habilitados para el diagnóstico y tratamiento de cáncer, 10 de los cuales se encuentran en el interior del país. No obstante, en el sector público, estos servicios tienden a concentrarse en centros de alto nivel ubicados en grandes áreas urbanas, lo que provoca la congestión de algunos de estos servicios y genera tiempos de espera prolongados para las pacientes.

³ DIGEPRES. Presupuesto Ciudadano 2024, disponible en https://www.digepres.gob.do/presupuesto-ciudadano/wp-content/uploads/2024/04/Presupuesto-Ciudadano-2024-Ley-Final_compressed.pdf

A la vez, los informantes claves entrevistados señalaron la poca articulación de servicios ofrecidos para el CaM entre los diferentes establecimientos de salud y, aun más, entre el sector público y el privado, de manera congruente con la segmentación del sistema salud de la República Dominicana identificada en análisis conducidos a nivel regional (Giedion et al., 2010). Esta situación representa uno de los principales obstáculos para la integración efectiva de los servicios de cáncer de mama (CaM), dificultando la navegación de los servicios por parte de las usuarias, con las demoras consecuentes en la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, particularmente en el sector público.

Persisten múltiples brechas vinculadas a la disponibilidad y organización de servicios, incluyendo la sobrecarga de los pocos centros públicos altamente especializados y su concentración en zonas urbanas, implicando costos de traslado y largos tiempos de espera para usuarias, así como demoras importantes en el diagnóstico e inicio de tratamiento. Las limitaciones de recursos humanos y la complejidad de navegación del sistema de salud tradicionalmente desarticulado complejizan aun más el acceso oportuno a estos servicios para las usuarias de estratos socio-económicos más bajos.

Finalmente, los expertos consultados destacan la necesidad de fortalecer los diferentes perfiles de recursos humanos en salud, así como su distribución en los diferentes servicios existentes, para mejorar la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana. Entre otros aspectos, la concentración de servicios de diagnóstico y tratamiento en establecimientos públicos especializados conlleva a una carga laboral excesiva entre especialistas, así como a demoras y largos tiempos de espera para acceder a algunos de estos servicios, incluyendo los retrasos en la obtención de resultados de biopsias realizadas.

Se señaló también la necesidad de especializar enfermeras oncológicas para determinadas áreas de estos establecimientos, tomando en cuenta que actualmente no existen programas formales de especialización en esta área, y las enfermeras tienden a aprender de manera autodidacta según sus áreas de interés:



“Aquí no se especializan [personal de enfermería]. Deberían, pero la que se interesa quizá y tenga la capacidad de y los medios, aprenden por su cuenta, en el área que les gusta, pero una enfermera aquí es licenciada en enfermería, y ya” Fuente: Proveedores de servicios

4.2.2. Cobertura de servicios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)

El incremento progresivo de la cobertura de servicios para el cáncer de mama en el país ha sido significativo en la última década, particularmente, a partir del año 2020, quedando reflejado en varias resoluciones clave de la SISALRIL y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS):

Resolución 37502 (2015): Esta resolución marcó el inicio de la ampliación de la cobertura, permitiendo el acceso a una serie de medicamentos oncológicos que no estaban previamente incluidos en el catálogo de prestaciones. Se definió que todos los medicamentos necesarios para garantizar la atención del Grupo 9, referido a tratamientos y procedimientos de alto costo dentro del catálogo del Plan de Servicios de Salud de la Sisalril, incluyendo el tratamiento de cáncer (quimioterapia, radioterapia, radiocirugía, etc.) debían ser cubiertos, hasta el monto tope de RD\$ 1,000,000 por evento.

Desde el 2015 se amplió significativamente la cobertura del SDSS para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, incluyendo la reconstrucción mamaria, mastectomía por reducción de riesgos, detección de BRCA 1 y BRCA 2, además de la inclusión de medicamentos oncológicos y 70 nuevos procedimientos. En el 2022 se duplicó el monto tope anual de la cobertura a RD\$2,090,000, eliminando copagos en el régimen subsidiado. El porcentaje de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud incrementó de 78.1% en el año 2019 a 97.7% en el 2023.

Resolución 48207 (2016): Esta resolución incorporó medicamentos específicos requeridos para el tratamiento del cáncer de mama, en respuesta a la alta demanda y quejas sobre la falta de cobertura de ciertos tratamientos.

Resolución 533 (2021): Se incluyó la cobertura para la reconstrucción mamaria y la mastectomía por reducción de riesgos, así como otros procedimientos relacionados con el cáncer de mama, incluyendo la detección de BRCA 1 y BRCA 2. Esta resolución amplió significativamente los beneficios disponibles para los pacientes.

Resolución 553-02 (2022): Establece la gradualidad para la cobertura de medicamentos oncológicos, incluyendo el tratamiento de tumoraciones benignas con tope de 2,090,000 DOP para todos los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)

Resolución 581-03 (2023): Esta resolución incluyó 70 procedimientos adicionales en la cobertura, beneficiando a los planes de pensiones de jubilados y asegurando que no hubiera copagos en el régimen subsidiado, lo que facilita aún más el acceso a tratamientos para el cáncer de mama.

Estas resoluciones y la expansión de las coberturas para el diagnóstico y el tratamiento del CaM en el país cobran particular relevancia tomando en cuenta el incremento reciente en el porcentaje la población dominicana afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS), de 78.1% en el año 2019 a 97.7% en el 2023 (CNSS, Abril 2023). Cabe señalar que esta cobertura es válida tanto para los afiliados del régimen subsidiado como para los del régimen contributivo. En el caso del régimen subsidiado no se estipula el copago de servicios por parte del usuario, mientras que, en el caso del régimen contributivo, el mismo está limitado al monto máximo de un salario mínimo (RD\$ 19,000), para la totalidad de servicios facturados en un año.

4.2.3. Acceso a medicamentos de alto costo: Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo (DAMAC)

En el caso de agotarse el límite de cobertura anual, la ARS debe comunicarse con la Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo (DAMAC) del Ministerio de Salud Pública, para evaluar la inclusión de tratamientos adicionales, asegurando así que el paciente continúe recibiendo atención necesaria sin interrupciones, siempre que el tratamiento esté justificado. El mismo procedimiento puede agotarse cuando un paciente necesita un tratamiento indicado por su proveedor de servicios, que no está cubierto por el plan básico. Según el presidente Luis Abinader, en su rendición de cuentas de febrero de 2023, el número de pacientes cubiertos por el DAMAC aumentó de 5,729 a 15,789, con un presupuesto que se triplicó, alcanzando los 7,314 millones de pesos (Andujar, 2023; DIGITAL, 2024). Según las fuentes de la prensa nacional, un 14% de este monto corresponde a tratamientos para el CaM (Rodríguez, 2023).

Aun así, se refiere que cerca de 3,000 personas permanecen actualmente en la lista de espera para ser beneficiadas por DAMAC (Rodríguez, 2023), sin precisar qué porcentaje de este número corresponde a personas con CaM. Por otro lado, la tesis de grado sobre el impacto presupuestal de medicamentos oncológicos del programa de alto costo realizada por Rosario (2024), señala que el 40.52% del presupuesto de DAMAC en el año 2024 estuvo destinado a patologías oncológicas, dirigido a 4,353 beneficiarios.

DAMAC se implementa como una medida complementaria al SDSS, cubriendo fármacos que, debido a su alto costo, no están incluidos en el SFS o exceden el límite de la cobertura individual dentro del mismo, atendiendo a una población que, de otro modo, estaría desprotegida frente a gastos catastróficos de salud. El catálogo de DAMAC en el 2024 incluye 113 presentaciones, con el presupuesto de 7,314 millones de pesos, estando el 40.5% de este presupuesto destinado a medicamentos oncológicos. El costo promedio anual de tratamiento oncológico per cápita, triplica el monto destinado a pacientes no oncológicos. El presupuesto de DAMAC equivale al 5.0% del presupuesto total asignado al MSP, y el 60.9% del monto total presupuestado para productos farmacéuticos en el año 2024, cubriendo las necesidades en salud de 0.1% de la población dominicana.

El catálogo de medicamentos de DAMAC en el año 2024 incluye 113 presentaciones, correspondiendo aproximadamente la mitad de las adjudicaciones de compras a medicamentos oncológicos. El costo promedio anual por paciente para este tipo de patologías ascendió a RD\$ 1,779,980, triplicando el monto per cápita para pacientes no oncológicos (RD\$ 624,604). Partiendo de los escenarios proyectados para el año 2025, a partir de la tasa de crecimiento anual compuesta (CAGR) y las proyecciones de inflación para estimar costos futuros, este trabajo destaca la necesidad de implementar evaluaciones de costo-efectividad y análisis de impacto presupuestario antes de incorporar nuevos medicamentos al catálogo de DAMAC, para garantizar que las decisiones consideren tanto aspectos clínicos como económicos. Además, se subraya la importancia de negociar precios con las farmacéuticas y adoptar estrategias de contención de costos, asegurando la sostenibilidad financiera del programa ante el

incremento proyectado de los gastos.

Por otro lado, los informantes claves entrevistados señalaron entre las mayores brechas del acceso a financiamiento por DAMAC, los factores vinculados a los largos tiempos de espera, las dificultades logísticas ocasionadas por el incremento significativo del número de beneficiarios en los últimos cuatro (4) años, las limitaciones del sistema de registro e inventario actual, así como las limitaciones en las comunicaciones remitidas por los proveedores de servicios y las demás instituciones del sistema que avalan estos procesos. También destacaron que el presupuesto actual de este programa no es suficiente para cubrir los costos asociados con todos los tratamientos de cáncer de mama que exceden la cobertura actual del Seguro Familiar de Salud (SFS) o que no están incluidos en su catálogo vigente, resultando en un número alto de solicitudes que no reciben respuesta satisfactoria, o permanecen por un tiempo extendido en las listas de espera de esta. Los informantes claves consultados enfatizaron la necesidad de priorizar, desde una perspectiva de salud pública, la inclusión de beneficiarios de tratamientos oncológicos con posibilidades curativas sobre los tratamientos paliativos, señalando, no obstante, las complejidades clínicas y éticas asociadas a este tipo de decisiones, así como la importancia de garantizar la transparencia pública en su formulación.

Las brechas asociadas al funcionamiento actual del DAMAC, además de ser ampliamente señaladas por los usuarios del programa, también se reflejan, de manera reiterada, en la prensa nacional. Además de los largos tiempos de espera e incertidumbre provocados por los límites presupuestarios y la falta de medicamentos, los usuarios destacan problemas logísticos y la deficiente comunicación con la administración de DAMAC. Esta situación genera traslados innecesarios de larga distancia y esperas prolongadas, sin ninguna garantía de recibir los tratamientos solicitados. Estas denuncias ponen de manifiesto las oportunidades de mejora en el programa, como la necesidad de optimizar los sistemas de registro, inventario y plataformas electrónicas, lo que permitiría una comunicación más eficiente con los usuarios y mayor transparencia en la gestión de solicitudes, reduciendo así la necesidad de traslados físicos a las instalaciones del Ministerio de Salud Pública. Cabe señalar que, si bien las autoridades consultadas afirman que el proceso de digitalización de las plataformas de DAMAC está cerca de su culminación exitosa, como posible respuesta a una gran parte de las brechas identificadas, en el momento de redactarse este informe (noviembre, 2024) aún no se ha hecho operativo.

Pese a estos reclamos, tanto de usuarias como de proveedores de servicios de salud, es importante señalar que el actual mecanismo de financiamiento del DAMAC, dependiente exclusivamente del presupuesto operativo del Ministerio de Salud Pública, no permite financiar estos tratamientos de manera sostenible sin afectar significativamente a otras dependencias y servicios del Ministerio. En este sentido, según se presenta en el cuadro 4, a continuación, el monto invertido en medicamentos de alto costo en el año 2023 equivale al 5.0% del presupuesto total asignado al MSP, y el 60.9% del monto total presupuestado para productos farmacéuticos en el año 2024, cubriendo, no obstante, las necesidades en salud de 0.1% de la población dominicana, con el gasto per cápita promedio de RD\$ 463,233 vs. RD\$1,112 invertido en los demás grupos poblacionales.

Cuadro 4. Carga de medicamentos de alto costo para el año 2024 en la República Dominicana

	Monto total DOP	Productos farmacéuticos (DOP)	Población beneficiaria	Gasto per cápita para productos farmacéuticos (DOP)
MSP (Presupuesto anual 2024)⁴	145,276,983,678	12,006,001,471	10,795,677	1,112.11
DAMAC (Ejecución presupuestaria)⁵	7,314,000,000	7,314,000,000	15,789	463,233.90
Carga Porcentual	5.0%	60.9%	0.1%	

⁴ Presupuesto aprobado del Ministerio de Salud Pública 2024, disponible en <https://www.msp.gob.do/web/Transparencia/presupuesto-aprobado-del-ano/#3092-2024-1708012685>

⁵ Discurso de rendición de cuentas del presidente Luis Abinader 2022-2023, disponible en <https://presidencia.gob.do/discursos/discurso-de-rendicion-de-cuentas-del-presidente-luis-abinader-2022-2023>

Partiendo de lo anterior, se resalta la necesidad de identificar mecanismos alternativos de financiamiento desde un enfoque más intersectorial, lo cual ha sido señalado de manera reiterada por informantes claves entrevistados en el estudio. Estos también destacaron otras estrategias que coinciden con las recomendaciones previamente expuestas de Rosario (2024), incluyendo la negociación de precios con casas farmacéuticas, estudios dirigidos a evaluar costo-efectividad de diferentes moléculas y la búsqueda de otros mecanismos dirigidos a reducir el costo de fármacos más efectivos, para poder garantizar el derecho a la salud de la población dominicana sin desestabilizar el sistema, ni los demás servicios de salud pública en el país.

Finalmente, al investigar el proceso de introducción de nuevas moléculas de alto costo en el programa DAMAC, los informantes clave señalaron que generalmente es iniciado por

sociedades médicas especializadas o por los médicos tratantes, quienes presentan la solicitud y el expediente correspondiente. La decisión de incluir una nueva molécula en el catálogo, el cual en el año 2024 incluye 113 moléculas (Rosario, 2023), se basa en la evidencia clínica local y los datos generados a nivel internacional, considerando también el costo y la disponibilidad de fondos del programa para adquirirla. Varios informantes coincidieron en la necesidad de estructurar y formalizar este proceso de manera más estandarizada, sugiriendo el involucramiento de la academia y de institutos de investigación independientes. Estos podrían evaluar cada solicitud basándose en análisis de costo-efectividad y generar recomendaciones fundamentadas en la evidencia local disponible.

Por otro lado, y pese a los indudables avances en la cobertura de los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, tanto a través del Seguro Familiar de Salud como de DAMAC, en los últimos años, las entrevistas realizadas con informantes clave sugieren que estos mecanismos no son ampliamente conocidos por todas las instancias involucradas en la respuesta a esta condición de salud en el país, y aun menos por las usuarias de dichos servicios.

El funcionamiento actual de DAMAC, en adición a los límites presupuestarios, enfrenta múltiples brechas operativas, entre las cuales se destacan:

- Ausencia de estudios de costo-efectividad como evidencia para la toma de decisiones sobre la inclusión de moléculas específicas en el catálogo, en función de criterios tanto clínicos como financieros.
- Poca integración directa con otras instancias del sistema de salud, incluyendo proveedores de servicios
- Alta complejidad de navegación de servicios desde la perspectiva del usuario / necesidad de trasladarse físicamente a las instalaciones de DAMAC para gestionar procesos
- Limitaciones en el sistema de registro, actualmente análogo, vinculadas a las limitaciones en la transparencia en toma de decisiones, largos tiempos de espera y comunicación con usuarios.

Además, la navegación por las diferentes etapas del proceso de atención resulta frecuentemente compleja y difícil de acceder, especialmente para las mujeres de los niveles socioeconómicos más bajos con conocimientos más limitados de sus derechos como afiliadas del SFS:



“También hay un tema en la desinformación que tenemos con los servicios, a veces tenemos derechos con los seguros y ni siquiera lo sabemos. Por ejemplo, a mí que se me terminó el seguro - hay que esperar un cierto tiempo para que te pongan el dinero otra vez, te faltan como 5 meses.... Se puede solicitar el medicamento a Alto Costo, pero ahí es una fila que usted tiene que hacer, ah pero que no esa fila...” Fuente: Usuarias de servicios

Esta situación pone de manifiesto la necesidad urgente de identificar e implementar servicios de navegación que faciliten el proceso, asegurando el cumplimiento de todos los aspectos establecidos en las resoluciones vigentes. Los informantes claves entrevistados destacaron las ventajas de la exitosa navegación de usuarios a través de servicios disponibles para el tratamiento de cáncer de mama, tanto para los resultados del tratamiento y la sobrevivencia de las usuarias, como para las ARS, poniendo de ejemplo algunas experiencias exitosas en ese sentido:

“Ellos [personal designado por una ARS] le manejan toda la gestión de su salud, le dicen cuándo tiene que ir, los medicamentos, en donde tiene que ir a hacerse cualquier prueba – todo. Eso yo lo veo como un modelo ideal. El gestionar la salud de esa manera, implica una inversión a corto plazo, pero a largo plazo esta ARS tiene un paciente controlado, que no le va a hacer unas emergencias, hospitalizaciones, etcétera, y se va a curar en mucho menos tiempo que si estuviera por su cuenta, tratando de descifrar el sistema.” Fuente: Tomadores de decisiones



4.2.4. Determinantes sociales de la salud

Centroamérica y el Caribe es una región sumamente diversa que abarca más de 30 países y territorios, con una población superior a los 200 millones de habitantes. A pesar de los avances recientes que han mejorado el acceso a la atención oncológica, persisten numerosas desigualdades y barreras para recibir tratamientos de alta calidad, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, como las comunidades desfavorecidas, los inmigrantes y quienes viven en áreas rurales (Buteau et al., 2024).

De manera congruente con lo anterior, los determinantes sociales de la salud, incluyendo el nivel educativo, el nivel de ingresos y la zona geográfica de residencia, constituyen factores subyacentes que definen las desigualdades observadas tanto en el acceso a los servicios de salud como en los resultados del tratamiento del cáncer de mama en la República Dominicana. En este sentido, los informantes claves y expertos entrevistados señalan, de manera reiterada, la mayor vulnerabilidad de mujeres en estratos sociales más bajos, cuyas creencias y estilos de vida frecuentemente no integran procedimientos de salud preventiva, conllevando a detección y diagnóstico tardío del cáncer de mama, limitaciones en el acceso a servicios, e inicio tardío del tratamiento, junto a un mayor impacto de esta condición de salud en su economía familiar.

“ Hay que felicitar la iniciativa del programa del SNS, porque ha llevado unidades de mamografía a diferentes lugares, y eso hace, como dice la frase, si la montaña no va a Mahoma, pues bueno, se hace viceversa... Eso ayuda a que las pacientes, tengan mejor facilidad para llegar a un diagnóstico, porque hasta eso, hasta movilizarse o trasladarse a algún hospital o algo para hacerse un estudio, ya sea porque no tienen el dinero o lo que sea, se les facilita”
Fuente: Proveedores de servicios

Si bien el país actualmente no cuenta con sistemas de información efectivos para sustentar este tipo de análisis, algunos de los expertos consultados afirmaron que, desde el punto de vista epidemiológico, el cáncer de mama en la República Dominicana pudiera tener un comportamiento marcadamente distinto en los diferentes estratos sociales, comportándose, en el caso de la clase media alta y alta, de manera más afín a países con sistemas de salud más consolidados, con un mayor porcentaje de diagnósticos tempranos, mayor acceso a servicios diagnósticos y mejores resultados del tratamiento. Esta afirmación señala la importancia de concentrar los esfuerzos de detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno en estratos sociales más vulnerables, resaltando la relevancia del Programa de Detección Temprana llevado a cabo desde el SNS, para poder impactar los indicadores de salud asociados al cáncer de mama en el país.

4.3. Brechas identificadas

4.3.1. Detección y diagnóstico

La detección temprana del cáncer de mama está estrechamente relacionada con una reducción en la mortalidad; por ello, el cribado y la mayor concienciación individual sobre esta enfermedad contribuyen a mejores resultados. En los últimos años, los avances en las terapias contra el cáncer de mama han tenido un impacto significativo, incrementando las tasas de supervivencia y, por consiguiente, reduciendo o estabilizando la mortalidad, especialmente en regiones con recursos de nivel medio a alto (Arzanova & Mayrovitz, 2022).

El Plan Básico de Salud de la República Dominicana cubre actualmente más de 15 procedimientos de apoyo al diagnóstico del CaM, incluyendo, en adición a las diferentes modalidades de sonografía, mamografía y biopsia de mama, la resonancia magnética, tomografía, antígenos de cáncer de mama y la detección de genes BRCA 1 y 2. Entre los procedimientos no cubiertos figuran la hibridación fluorescente in situ (FISH), Oncotype Dx y Mamaprint (gamagrafía).

Se estima que entre el 65% y el 70% de las pacientes con CaM en RD llegan al sistema de salud con etapas avanzadas (III y IV) de la enfermedad, aunque no se ha podido identificar una fuente confiable que respalde este dato como representativo a nivel nacional. Debido a la heterogeneidad de las usuarias en diferentes estratos sociales, este porcentaje podría variar significativamente entre los sectores público y privado, siendo necesario un análisis más detenido de las estadísticas de diferentes establecimientos para generar evidencias al respecto.

No obstante, según señalan los informantes claves entrevistados, el país está evaluando los datos publicados sobre estas tecnologías de desarrollo más reciente en otros países de la región, para evaluar la costo-efectividad de su potencial inclusión en el plan básico de salud en un futuro. De manera similar a lo observado con la inclusión de moléculas nuevas en el programa de DAMAC, los informantes claves consultados señalan la necesidad de involucramiento de la academia y de institutos de investigación independientes y debidamente acreditados en el proceso de evaluación de su costo-efectividad, con el fin de poder tomar decisiones basadas en la evidencia local y garantizar su transparencia.

Por otro lado, pese a la disponibilidad y la cobertura de servicios de diagnóstico, tanto en el

sector público como en el sector privado, una de las principales preocupaciones en la respuesta al cáncer de mama en la República Dominicana sigue siendo el elevado porcentaje de usuarias que inician su tratamiento en etapas avanzadas de la enfermedad. Esta situación no solo disminuye de manera considerable las probabilidades de éxito del tratamiento, sino que también incrementa los eventos secundarios y los costos asociados.

Se estima que entre el 65% y el 70% de las pacientes llegan al sistema de salud en etapas avanzadas (III y IV), en comparación con menos de 30% de diagnósticos en estadios tardíos reportados en países desarrollados (Unger-Saldaña, 2014), aunque una revisión exhaustiva de las fuentes de información en este estudio no ha logrado identificar una fuente confiable que respalde este dato como representativo a nivel nacional. Además, debido a la heterogeneidad de las usuarias en diferentes estratos sociales, los expertos consultados consideran que este porcentaje podría variar significativamente entre los sectores público y privado, siendo necesario un análisis más detenido de las estadísticas generadas por los diferentes establecimientos para llegar a estimados más precisos al respecto.

Entre los factores identificados por la literatura revisada y los informantes claves consultados, como contribuyentes a diagnóstico tardío figuran:

Acceso limitado a servicios de salud. En áreas rurales o regiones con poca infraestructura sanitaria, las mujeres tienen menos acceso a servicios de tamizaje, mamografías y atención médica especializada. La falta de centros de diagnóstico cercanos y el costo del transporte agravan este problema.

“Hay algo que no se puede olvidar, y es que como somos un hospital oncológico, el flujo es mucho mayor que en cualquier centro... usted va a buscar un ejemplo, una cita para una mamografía hoy y fácilmente le dicen que, en dos meses, porque el flujo es muy alto. ¿Entonces que nos hace falta? En los pueblos, a nivel de frontera, tener por lo menos en el municipio cabecera un hospital de, aunque sea de atención primaria, pero que los pacientes puedan realizarse su mamografía...”]. Fuente: Proveedores de servicios

Debilidades en los servicios de atención primaria y consultas ginecológicas de rutina, con fallos en referimientos oportunos a servicios de tamizaje y diagnóstico en mujeres con factores de riesgo para el CaM

“Yo fui a su consulta, y le pregunte que seria lo que yo tenía ahí [en el seno] porque me preocupaba... ‘al parecer tejido mamario’ dijo ella, y me indicó unas pastillas y una sonografía para septiembre – y yo para mayo ya estoy diagnosticada con cáncer grado II, en quimioterapia, y ese septiembre suyo no ha llegado.” Fuente: Usuaria de servicios.

Escasez de recursos humanos especializados. La falta de oncólogos, radiólogos y personal capacitado para realizar mamografías y diagnósticos tempranos dificulta la detección oportuna, especialmente en los hospitales públicos y en zonas alejadas.

“Con mamografías tenemos un inconveniente fuerte, por falta de personal... tengo entendido se necesitan sonografistas también - hasta el momento creo que hay una que esta de licencia postparto. Entonces eso ha enlentecido sumamente lo que es la cita, el reporte, todo se ha alterado...ahora mismo está así” Fuente: Proveedor de servicios.

Limitaciones de recursos económicos y múltiples obligaciones. laborales y familiares, incluyendo los cuidados de otras personas, reducen la priorización de autocuidado y acceso a servicios de salud preventiva.

“Cuando yo la descubrí, yo le empecé a interrogar: ¿pero tú no lo sentías eso de hace tiempo, que pasaba?... y ella me fue explicando - que ella no podía, porque tenía su esposo enfermo, tenía su madre enferma, sus hijas estaban fuera, o sea que ella estaba sola... y ya cuando vio que estaba ya demasiado agrandado, el bulto, entonces ahí fue cuando ella acudió... Y me dio una pena porque ella queriendo cuidar a otros, se despidió de ella” Fuente: familiar de usuaria de servicios.

Limitados programas de concienciación y educación continua. La ausencia de campañas educativas regulares que informen sobre la importancia del autoexamen y las pruebas de detección, así como sobre las opciones de tratamiento, limita el conocimiento general sobre la enfermedad.

“Llevar charlas, el tema de llevar charlas a zonas rurales, a trabajar en conjunto con las juntas de vecinos, a las escuelas, esa parte es de suma importancia, porque ya tiene un acercamiento directo con la población que acude en si a los hospitales” Fuente: Proveedores de servicios

Temor al diagnóstico. Muchas mujeres retrasan la búsqueda de atención médica por miedo a recibir un diagnóstico positivo de cáncer, lo que lleva a la detección en etapas más avanzadas.

“Todavía hay personas que no quieren saber, tienen miedo a ir al médico, en vez de tener miedo a que se pueda diagnosticársele tarde y fallecer a consecuencia de... Todavía tenemos que promocionar la detección temprana, de que hay que hacerse su mamografía” Fuente: Proveedores de servicios.

Burocracia y complejidad en el sistema de salud. Los procesos administrativos y la complejidad para obtener citas, autorizaciones y referimientos pueden demorar la detección y el tratamiento. Las largas listas de espera en los centros de salud públicos también contribuyen a los diagnósticos tardíos.

“Vaya al oncológico, para que usted vea como está la gente, vaya un día a las 2:00 am para que usted vea como está la gente de los campos y algunas veces ni lo atienden...” Fuente: familiar de usuaria de servicios.

Escasez de recursos humanos especializados. En algunas comunidades, la presencia de estigmas sociales y culturales relacionados con el cáncer puede disuadir a las mujeres de buscar atención médica temprana, por temor a la discriminación o al juicio social (García & Núñez, 2022).

“Hay gente que le da vergüenza, hay gente...porque habemos de todo tipo de persona o personas que no nos gusta que sepan que estamos recibiendo ayuda... qué sé yo, mucho tabú...” decir Fuente: Tomadores de decisiones.

Estos factores, junto con los ya mencionados, demuestran la necesidad de intervenciones integrales que aborden no solo la infraestructura y los recursos de salud, sino también los determinantes sociales y culturales que impactan la detección temprana del cáncer de mama en el país.

4.3.2. Tratamiento

De acuerdo con lo señalado previamente, la República Dominicana ha introducido importantes avances tecnológicos en las diferentes modalidades de tratamiento para el cáncer de mama, incluyendo la práctica cada vez más común de cirugías conservadoras en los casos que lo permiten y la incorporación de medicamentos más avanzados en el catálogo del plan básico de salud. La cobertura del Seguro Familiar de Salud (SFS) ha aumentado significativamente, incluyendo cirugías de reconstrucción mamaria como parte de su catálogo. Sin embargo, los datos primarios obtenidos en el presente estudio indican que el acceso a estos servicios presenta inequidades notables, afectando principalmente a los grupos poblacionales más desfavorecidos.

Pese a los avances en la cobertura y la disponibilidad de diferentes modalidades de tratamiento para CaM en el país, persisten desigualdades importantes, afectando de manera desproporcionada a los grupos poblacionales más desfavorecidos.

La percepción de la calidad de servicios y el trato humanizado es más negativa frente a los servicios en el sector público, caracterizados también por tiempos de espera más prolongados y la complejidad de navegación de servicios, lo cual incide en demoras más notables en el diagnóstico y el inicio del tratamiento oportuno.

Estas desigualdades se deben, en parte, a los determinantes sociales de la salud, previamente descritos, así como a la tendencia de ser diagnosticadas en fases más avanzadas de la enfermedad, lo que limita las opciones de tratamiento disponibles para estas pacientes.

Con respecto a la calidad de servicios recibidos, varias de las usuarias entrevistadas y sus familiares expresaron la percepción de calidad más reducida y un trato menos humanizado en los establecimientos del sector público, notando que en ocasiones los mismos especialistas, en establecimientos privados, tienden a proveer una atención más personalizada, destacando la relevancia potencial del clima institucional y la supervisión del personal en este aspecto:

“

“Los doctores en los hospitales no trabajan, y esos mismos doctores que están en el hospital están en los sitios privados también, pero en el privado ellos trabajan y hacen su trabajo, pero en el público no lo hacen. Tú ves que tú llegas a una emergencia y están ellos chateando, chateando y tú doblado de un dolor y ellos chateando...” Fuente: Familiares de usuarias de servicios.

Por otro lado, estudios previos sobre los determinantes culturales del acceso al tratamiento del CaM en el país, señalan que las creencias espirituales y religiosas, junto con ciertas costumbres sociales, pueden dar lugar a la estigmatización y retrasar la búsqueda de atención médica, lo que suele llevar a diagnósticos en etapas avanzadas en algunos grupos poblacionales. Para afrontar esta situación, se recomienda implementar programas de atención oncológica a nivel nacional que sean sensibles a estas creencias y prácticas familiares, integrando un enfoque holístico que proporcione apoyo emocional durante todo el proceso de tratamiento (García & Núñez, 2022).

Entre otros factores identificados como posibles barreras para el acceso oportuno al tratamiento del cáncer de mama, se señalan:

Recursos económicos Insuficientes. Aunque el Seguro Familiar de Salud (SFS) ha incrementado su cobertura para incluir tratamientos y cirugías de reconstrucción mamaria, el presupuesto de la Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo sigue siendo insuficiente para cubrir los tratamientos que superan la cobertura actual del SFS. Esto limita la disponibilidad de tratamientos más avanzados y costosos para las pacientes con menor capacidad económica.

“Para mi es terrible, usted tener una enfermedad y necesitar un medicamento que sabe que existe, y no tenerlo” Fuente: : Usuaria de servicios.

Desigualdad en la distribución de servicios oncológicos. Los servicios de tratamiento, especialmente aquellos que involucran tecnologías y terapias avanzadas, están concentrados en grandes centros urbanos. Las mujeres que viven en zonas rurales o fuera de las principales ciudades enfrentan dificultades para acceder a estos tratamientos, tanto por la distancia como por los costos de traslado a estos servicios.

“Que en cada pueblo que haya un centro de oncología, por lo menos... el que no tiene para pagar el pasaje un amigo le da la bola, un amigo va con él y así no tiene que viajar sola... Porque yo me di mi quimio y tenía que ir sola.... Porque a veces no tenía para pagar el pasaje a una compañera que fuera conmigo, o sea yo me iba sola y venía sola” Fuente: Usuaria de servicios

Complejidad en la navegación del sistema de salud: La complejidad administrativa para obtener autorizaciones, citas y referimientos necesarios para el tratamiento, especialmente en el sector público, puede provocar retrasos significativos.

“Hay muchas pacientes que mueren de cáncer y mueren de cáncer muchas veces no por el mismo cáncer, muchas veces por el mismo trato, muchas veces porque no encuentran la persona adecuada que le tienda la mano para poderla ayudar a salir a encaminar” Fuente: Usuaria de servicios

Tiempos de espera prolongados. En los centros de salud públicos, la alta demanda y el número limitado de especialistas generan listas de espera largas para iniciar tratamientos. Estos retrasos son críticos, ya que disminuyen la efectividad del tratamiento y aumentan el riesgo de complicaciones.

“Son tantos los pacientes, es demasiado no dan abasto, los equipos se acaban, se deterioran, se dañan. Ya cuando un equipo se daña, eso es catastrófico porque hay una fila de espera sumamente larga y eso afecta a ese paciente, porque de eso depende de que ese paciente se vaya a dar ese tratamiento” Fuente: Usuaria de servicios

Limitaciones en el número de especialistas y recursos humanos. El número limitado de oncólogos, cirujanos especializados, radiólogos y otros profesionales de la salud involucrados obstaculiza la administración de tratamientos efectivos.

Cobertura parcial de medicamentos y terapias más avanzadas. Aunque se han incluido fármacos más avanzados en el catálogo del plan básico de salud, no todos los tratamientos indicados por los especialistas están cubiertos. Las pacientes que requieren medicamentos de alto costo o terapias innovadoras enfrentan dificultades para acceder a ellos, especialmente si deben pagar de su propio bolsillo.

“Una inyección y no he podido conseguirla todavía, cuesta 292,000 pesos. Yo me pude dar dos tratamientos que me pudo buscar mi esposo, pero ya no se puede porque se paró el seguro. Y de diferencia tengo como 37,000 y pico de pesos, la tuve que parar porque los recursos no dan para conseguir de una pastilla diario cada 28 días” Fuente: Usuaria de servicios

Limitado apoyo psicosocial y servicios de navegación. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama no siempre reciben un acompañamiento adecuado a lo largo del proceso de tratamiento, enfrentándose en algunos casos también a situaciones familiares complejas. La falta de programas de navegación y apoyo emocional durante las terapias puede afectar la adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes que enfrentan múltiples obstáculos logísticos y económicos.

“Esa calidad de vida depende también del apoyo familiar que puedan tener. Hay pacientes que llegan solos, solas... mi esposo se fue, o mi hermana no me pudo acompañar porque tenía que trabajar, entonces ahí las cosas se van a complicar” Fuente: Proveedores de servicios

4.3.3. Soporte y seguimiento

A pesar de los avances en la detección y tratamiento del cáncer de mama, los servicios de soporte y seguimiento, incluyendo cuidados paliativos, oncológicos y de acompañamiento al final de la vida, representan el eslabón más débil de la atención en el país. Esta brecha afecta especialmente a las mujeres de sectores más desfavorecidos, generando una carga emocional, económica y logística tanto para las pacientes como para sus familias, quienes, sin un seguimiento adecuado ni redes de apoyo comunitario, enfrentan desafíos significativos.

En contraste con la prioridad otorgada a la detección y tratamiento del cáncer de mama, los servicios de soporte y seguimiento de las usuarias no han recibido la misma atención. Esto, sin embargo, representa un desafío significativo, especialmente para las mujeres de sectores más vulnerables. La falta de un adecuado seguimiento y apoyo implica una carga adicional tanto para las pacientes como para sus familias, quienes no siempre cuentan con los recursos, conocimientos o herramientas necesarias para enfrentar de manera efectiva las demandas emocionales, económicas y logísticas que surgen durante y después del tratamiento.

En los casos cuando la usuaria cuenta con un círculo de apoyo inmediato, familiar o social, las personas a cargo de su apoyo y cuidado también están expuestas a niveles de estrés significativos:



“Ella quejándose cuando le daban la quimio, a los tres días, ella comenzaba... Ay, digo yo, se me va a morir esta mujer, Dios mío, ayúdame... Oye, yo lloraba, pero que ella no se diera cuenta. Entonces eso era jugo para que le suba la defensa... Después que le dieron la quimio, que ya le operaron, entonces la radioterapia todos los días era las 6:00 p.m., pero era las 8:00 p.m. que la entraban. De ahí salía esa mujer, ya usted sabe cómo salía... Eso fue una batalla” Fuente: familiar de usuaria de servicios

Si bien los hospitales públicos especializados en el tratamiento del cáncer cuentan con servicios de psicología para apoyar a las usuarias en su proceso individual, la sobredemanda frecuente de estos servicios limita su acceso real y efectivo. Además, el plan básico de salud no incluye la atención psicológica y fisioterapia, lo que restringe la disponibilidad de estos servicios en el sector privado, especialmente para aquellas pacientes que no pueden costearlos de forma particular:

En este contexto, la existencia de grupos y asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes de cáncer de mama cobra una importancia particular, ya que desempeñan un papel fundamental en la provisión de apoyo mutuo dentro de los límites de sus recursos. Una de las fortalezas del sistema, en este sentido, ha sido la integración de estas asociaciones en las intervenciones del Servicio Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, para que estas asociaciones tengan un impacto real y sostenible en el soporte y seguimiento de las mujeres en tratamiento de cáncer de mama y sus familias, es necesario expandir y fortalecer su alcance, garantizando que puedan brindar un apoyo más integral y efectivo.

Finalmente, se ha identificado una brecha significativa en la calidad y disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos, tanto en el tratamiento oncológico como en el acompañamiento integral de las pacientes y sus familias durante el final de la vida. Esta deficiencia no solo incluye la falta de establecimientos que funcionen como hospicios en los sectores público y privado, sino también la carencia de servicios de atención domiciliaria, cruciales para la mayoría de las pacientes que necesitan este tipo de cuidado, muchas de las cuales enfrentan restricciones de movilidad. Para abordar esta necesidad, se ha propuesto la conformación de equipos interdisciplinarios, que incluyan especialistas en anestesiología, capaces de ofrecer estos servicios a través de visitas domiciliarias, lo que contribuiría de manera significativa a mejorar la calidad de vida de las pacientes en las etapas más avanzadas de la enfermedad. A la vez, es fundamental cotizar e incluir este tipo de servicios en el catálogo del plan básico de salud, garantizando así su accesibilidad y cobertura para todas las mujeres que lo necesiten.

“Aparte de crear instituciones que el paciente pueda tener acceso a ella, información de equipos de cuidados paliativos. Que puedan ir o vamos a suponer, no tenemos los centros, pero contamos con equipos, dígame que tengan una enfermera capacitada para manejo paliativo, un anestesiólogo que usualmente son los que tienen o pueden administrar medicamentos tipo opioides para los pacientes de cáncer, entonces hay que crear equipos. Que va a tener un costo porque el familiar va a tener que pagar...pero usted le va a garantizar a su paciente el menor sufrimiento posible...además ese equipo debe de contar con enfermera, un médico oncólogo, un oncólogo clínico, un psicólogo que tenga entrenamiento también en paciente oncológico.
Fuente: Proveedores de servicios

V. Conclusiones y recomendaciones

Los cuadros 5.1. – 5.5., a continuación, resume las brechas y las fortalezas identificadas en cada uno de los componentes evaluados en la respuesta al Cáncer de Mama en la República Dominicana, así como las recomendaciones para las estrategias dirigidas a optimizar esta respuesta a corto, mediano y largo plazo, partiendo de los resultados expuestos en las secciones anteriores, y tomando en cuenta los insumos provistos por el Comité de Expertos que apoyó la ejecución del estudio.

Cuadro 5.1. Conclusiones y recomendaciones. Sistemas de información y disponibilidad de datos

1. Sistemas de información y disponibilidad de datos	
Brechas	Fortalezas
Inexistencia de un Registro de Tumores funcional en el país, pese a la resolución ministerial 014 del año 2020, que establece el Registro de Cáncer de la República Dominicana.	Existencia de la base de datos del SISARLIL que integra la información administrativa reportada por las diferentes ARS del país, lo cual pudiera permitir un cálculo más preciso de la incidencia y la prevalencia del CaM en el país.
Estadísticas actualmente utilizadas para caracterizar la situación del CaM en RD descansan sobre estimaciones del Globocan y estadísticas propias de centros de atención especializados, no representativas a nivel nacional.	Existencia de una Resolución Ministerial que crea el Registro de Cáncer de la RD, que pudiera servir de base para la toma de acciones dirigidas a su operatividad a corto y mediano plazo.
Limitada integración, sistematización y publicación de la producción científica local vinculada al CaM, conllevando a poca presencia de datos de la RD en documentos y publicaciones que caracterizan esa entidad a nivel regional.	Experiencias exitosas con el registro y manejo de datos del CaM en varios establecimientos especializados del país, tanto en el sector público como en el privado, que pudieran usarse para desarrollar el Registro Nacional de Tumores. Cabe destacar, sin embargo, como una limitante importante en este sentido, la heterogeneidad actual de criterios e indicadores incluidos en dichos sistemas, que pudiera dificultar el proceso de estandarización e interoperabilidad.
Limitaciones en la estimación del gasto de bolsillo y el impacto económico del CaM en el núcleo familiar, a partir de los datos disponibles.	
Recomendaciones	
- Retomar, con carácter de urgencia, el proceso de establecimiento del Registro de Tumores de la República Dominicana, con la participación de los diferentes sectores y actores claves. - Fomentar desarrollo de capacidades para el manejo de datos y gestión de conocimientos en el personal involucrado en la provisión de servicios de CaM en RD (médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud), con el apoyo de sociedades especializadas.	

Recomendaciones

- Definir una agenda de prioridades para la investigación vinculada al CaM en RD, incluyendo tópicos vinculados al gasto del bolsillo y el impacto económico de esta entidad, con el involucramiento activo de la Academia local.
- Complementar y ampliar los hallazgos del presente estudio con metodologías que permitan cuantificar los indicadores identificados como relevantes para la caracterización del CaM en el país, incluyendo los tiempos que transcurren entre la detección, el diagnóstico y el inicio de tratamiento de esta entidad en diferentes sub-grupos poblacionales, y ayuden a definir las estrategias más costo-efectivas para reducir su impacto.

Cuadro 5.2. Conclusiones y recomendaciones. Sistema de salud y organización de servicios

2. Sistema de salud y organización de servicios	
Brechas	Fortalezas
Sistema de salud segmentado y desarticulado.	Existencia de la base de datos del SISARLIL que integra la información administrativa reportada por las diferentes ARS del país, lo cual pudiera permitir un cálculo más preciso de la incidencia y la prevalencia del CaM en el país.
Concentración de servicios públicos de diagnóstico y tratamiento en un número reducido de establecimientos, conllevando a su congestión y largos tiempos de espera.	Incremento de la cobertura anual del Plan Básico de Salud para el CaM a 2,090,000 DOP, y la inclusión de un rango más amplio de procedimientos diagnósticos y de tratamiento bajo el mismo, con la afiliación prácticamente universal (97.7%) de la población dominicana al SFS en los últimos 4 años.
Sobrecarga de trabajo para especialistas en establecimientos públicos designados para el diagnóstico y tratamiento del CaM, incide de manera negativa en la calidad de servicios provistos.	Programa Detección de Cáncer de Mama, Cervicouterino y Próstata, desde el año 2021.
Limitada comunicación entre los diferentes actores del sistema, conllevando a oportunidades perdidas.	Creciente disponibilidad de servicios, incluyendo la alta tecnología, tanto en el sector privado como en el público.
Complejidad en el proceso de navegación del sistema y demoras asociadas en el diagnóstico y el tratamiento.	Presencia de sociedades especializadas que aportan a la formación de alto nivel para profesionales involucrados en la detección, diagnóstico y tratamiento del CaM.
Financiamiento de Medicamentos de Alto Costo atado de manera exclusiva al presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP).	Presencia y fortalecimiento de grupos de usuarias y personas sobrevivientes del CaM, de manera articulada con las intervenciones gubernamentales.
Limitaciones en el sistema de registro, inventario y brechas tecnológicas del DAMAC, así como obstáculos en la comunicación con usuarios, incrementan aun más los tiempos de espera y generan insatisfacción generalizada entre usuarios y proveedores de servicios	
Recomendaciones	
• Articulación de la respuesta nacional al CaM a través de una entidad responsable de la coordinación intersectorial de la misma, con participación de sociedades especializadas y asociaciones de usuarias de servicios. • Personal designado para la navegación de usuarias a través de diferentes servicios disponibles para el CaM, incluyendo las fuentes de financiamiento, particularmente para usuarias de estratos socio-económicos más bajo. • Descentralización de servicios de diagnóstico y tratamiento del CaM a más centros de salud, en diferentes regiones del país.	

Recomendaciones

- Revisión de mecanismos de financiamiento de medicamentos de alto costo, integrando fuentes externas al presupuesto del MSP.
- Formalizar una unidad de investigación acreditada, involucrando a la Academia e institutos de investigación independientes, a cargo de evaluar la costo-efectividad de la inclusión de nuevas moléculas y tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento del CaM en los planes de seguro disponibles.

Cuadro 5.3. Conclusiones y recomendaciones. Detección y diagnóstico

3. Detección y diagnóstico	
Brechas	Fortalezas
Detección y diagnóstico tardío del CaM, incrementan costos del tratamiento y reducen las posibilidades de curación y supervivencia.	Incremento en la disponibilidad de nuevas tecnologías para contribuir a la detección y el diagnóstico oportuno del CaM en el país, en el sector público y privado.
Determinantes sociales de la salud (educación, estilos de vida, nivel de ingresos, zona de residencia, etc.) interfieren con acceso a detección y diagnóstico oportuno en estratos socio-económicos más bajos.	Cobertura de más de 15 procedimientos que aportan al diagnóstico del CaM en el Plan Básico de Salud.
Necesidad de priorizar la detección de síntomas del CaM y referimientos a procedimientos de tamizaje entre médicos de atención primaria y gineco-obstetras.	Introducción del Programa de Detección de Cáncer de Mama, Cervicouterino y Próstata, que promueve el acceso a servicios de diagnóstico del CaM en poblaciones más vulnerables.
Concentración y congestión de servicios de detección y diagnóstico en establecimientos más especializados.	Involucramiento de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes del CaM en las actividades dirigidas a promover la detección y diagnóstico del CaM en diferentes zonas del país.

Recomendaciones

- Programas de capacitación estructurados para médicos generales y gineco-obstetras, para promover referimientos oportunos de usuarias a procedimientos de detección y diagnóstico de CaM, con el protagonismo de sociedades especializadas y la academia en este tipo de procesos.
- Inclusión de temas vinculados a la detección y diagnóstico temprano del CaM en la curricula obligatoria de educación secundaria y universitaria en el país, asegurando la orientación adecuada de la población al respecto.
- Continuar y ampliar las iniciativas desarrolladas desde el Programa de Detección de Cáncer de Mama, Cervicouterino y Próstata del SNS, garantizando la cobertura de servicios diagnósticos a nivel nacional.
- Ampliar la red de establecimientos públicos con la capacidad instalada para el diagnóstico del CaM en el país, reduciendo el congestión de establecimientos más especializados.

Cuadro 5.4. Conclusiones y recomendaciones. Tratamiento

4. Tratamiento	
Brechas	Fortalezas
Demoras en el inicio del tratamiento en usuarias diagnosticadas, debido al congestionamiento de centros públicos de referencia nacional, limitaciones de recursos económicos y la complejidad de navegación de seguros y fuentes de financiamiento potenciales.	Ampliación significativa de la cobertura del Plan Básico de Salud en los últimos 3 años, incluyendo los procedimientos de reconstrucción mamaria, mastectomía preventiva, quimio y radio terapia, así como 25 fármacos utilizados en el tratamiento de diferentes tipos del CaM.
Inequidad en el acceso de grupos sociodemográficos más vulnerables al tratamiento oportuno para CaM, debido a barreras de distancia, costos de transporte y tiempos de espera para el inicio de tratamiento en establecimientos de referencia nacional.	Disponibilidad de nuevas tecnologías y protocolos para el tratamiento del CaM, que permiten optimizar sus resultados reduciendo a la vez la cantidad y la intensidad de eventos adversos presentados.
	Mejoras en el equipamiento y la capacidad instalada para el diagnóstico y tratamiento del CaM en varios establecimientos públicos del país.
Recomendaciones	
• Descentralizar los servicios disponibles para el tratamiento del CaM, promoviendo su distribución más equitativa en las diferentes zonas del país y entre diferentes estratos sociales. • Establecer mecanismos para facilitar la navegación de usuarias diagnosticadas dentro del sistema de seguros y servicios disponibles para el tratamiento del CaM en el país.	

Cuadro 5.5. Conclusiones y recomendaciones. Soporte y seguimiento

5. Soporte y seguimiento	
Brechas	Fortalezas
Limitada cobertura de consultas de psicología y otros servicios de apoyo en el tratamiento oncológico, incluyendo servicios de fisioterapia, los cuidados paliativos y visitas domiciliarias, entre otros.	Involucramiento de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes del CaM como red de apoyo en el proceso de tratamiento al CaM.
Alta vulnerabilidad de mujeres diagnosticadas con el CaM a múltiples amenazas para su bienestar psicosocial, incluyendo la pérdida de empleo y reducción de ingresos familiares, violencia de género, abandono de parejas y pérdida del círculo de apoyo social, entre otras.	

5. Soporte y seguimiento**Recomendaciones**

- Establecer mecanismos para facilitar el acceso de usuarias en tratamiento por CaM a las diferentes plataformas de seguridad social disponibles en el país, para fortalecer su red de apoyo social inmediato y recursos requeridos para recibir el tratamiento indicado.
- Ampliar la oferta de servicios de cuidados paliativos, tanto en el sector público como en el privado, incluyendo las visitas domiciliarias como parte del catálogo del plan básico de salud.
- Fortalecer y formalizar el papel de asociaciones de usuarias y mujeres sobrevivientes del CaM en las actividades de soporte y seguimiento, como parte de los servicios ofrecidos en el sector público y privado, identificando los mecanismos de financiamiento necesarios

VI. Referencias

2023 State of Cancer Survivorship Survey. (2023). NCCS - National Coalition for Cancer Survivorship. Retrieved October 1, 2024, from <https://canceradvocacy.org/2023-state-of-cancer-survivorship-survey/>

American Cancer Society / PAHO. (2015). A Review of Breast Cancer Care and Outcomes in Latin America. <https://www.iccp-portal.org/resources/review-breast-cancer-care-and-outcomes-latin-america-0>

Andujar, W. (2023, March 20). Salud Pública explica por qué pacientes deben entrar a lista de espera con medicamentos de alto costo. Z 101 Digital. <https://z101digital.com/salud-publica-explica-por-que-pacientes-deben-entrar-a-lista-de-espera-con-medicamentos-de-alto-costo/>

Arzanova, E., & Mayrovitz, H. N. (2022). The epidemiology of breast cancer. Exon Publications, 1–19. Buteau, A. C., Castelo-Loureiro, A., Barragan-Carrillo, R., Bejarano, S., Kihn-Alarcón, A. J., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2024). Disparities in cancer control in central America and the Caribbean. Hematology/Oncology Clinics, 38(1), 35–53.

Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Indicadores – Infografía. Abril, 2023.

DIGITAL, N. (2023, March 6). El viacrucis de pacientes con el programa medicamentos de alto costo: ¿una espera mortal? N Digital. <https://n.numericit.com/2023/03/06/el-viacrucis-de-pacientes-con-el-programa-medicamentos-de-altos-costos-una-espera-mortal/>

DIGITAL, N. (2024, March 24). Persisten las quejas por retraso en entregas de medicamentos de alto costo. N Digital. <https://n.numericit.com/2024/03/24/persisten-las-quejas-por-retraso-en-entregas-de-medicamentos-de-alto-costo/>

Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES). Presupuesto Ciudadano 2024, disponible en https://www.digepres.gob.do/presupuesto-ciudadano/wp-content/uploads/2024/04/Presupuesto-Ciudadano-2024-Ley-Final_compressed.pdf

Frias, N., Bonilla MG. (2011). Diagnóstico Institucional sobre la Oferta de Servicios para el Manejo de Cáncer en la República Dominicana: Estudio Piloto. Fundación Plenitud. Retrieved September 15, 2024, from <https://fundacionplenitud.org/document/diagnostico-institucional-sobre-la-oferta-de-servicios-para-el-manejo-de-cancer-en-la-republica-dominicana-estudio-piloto/>

García, W. C. G., & Núñez, M. R. T. (2022). Cultural-Spiritual Guidance in Caring for Cancer Patients in the Dominican Republic, Dominican Republic. *Global Perspectives in Cancer Care: Religion, Spirituality, and Cultural Diversity in Health and Healing*, 446.

Giedion, Ú., Villar, M., & Avila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Fundación MAPFRE.

Jorgensen, N., Gutiérrez, C., Giedion, Ú., Bettati, L., & Ollendorf, D. (2023). What is the Opportunity-Cost of Financing High-Cost Drugs? The case of the Dominican Republic. IDB Publications. <https://doi.org/10.18235/0005162>

Panamerican Health Organization (PAHO). Historias de IS4H. República Dominicana cuenta con la primera unidad de Registro de Cáncer. <https://www3.paho.org/ish/index.php/es/historias/12-is4h-stories/144-republica-dominicana-cuenta-con-la-primera-unidad-de-registro-de-cancer>

Panamerican Health Organization (PAHO). Noticias: República Dominicana contará con la primera unidad de Registro de Cáncer. Diciembre, 2019. <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2019-republica-dominicana-contara-con-primera-unidad-registro-cancer>.

Piñeros, M., Laversanne, M., Barrios, E., de Camargo Cancela, M., de Vries, E., Pardo, C., & Bray, F. (2022). An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health–Americas*, 13. [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00111-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00111-9/fulltext)

Presidencia de la República Dominicana. (2023). Discurso de rendición de cuentas del presidente Luis Abinader 2022-2023, disponible en <https://presidencia.gob.do/discursos/discurso-de-rendicion-de-cuentas-del-presidente-luis-abinader-2022-2023>

Rosario, Y. (2024). Análisis de impacto presupuestal de medicamentos oncológicos del programa de alto costo. República Dominicana, 2019-2024. Tesis final de posgrado, Maestría en Ciencias de Salud Pública y Epidemiología. INTEC.

Rodríguez, D. (2023, July 24). Medicamentos de Alto Costo: Un programa que salva vidas. <https://www.elcaribe.com.do/panorama/salud/medicamentos-de-alto-costo-un-programa-que-salva-vidas/>

Samaroo, K., Hosein, A., Olivier, L. K., & Ali, J. (2021). Breast cancer in the Caribbean. *Cureus*, 13(8). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8428164/>

Sasco, A. J., Lowenfels, A. B., & Pasker-de Jong, P. (1993). Review article: Epidemiology of male breast cancer. A meta-analysis of published case-control studies and discussion of selected aetiological factors. *International Journal of Cancer*, 53(4), 538–549. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910530405>

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). *Cancer statistics, 2017*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 67(1), 7. <https://doi.org/10.3322/caac.21387>

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). *Cifras del Seguro Familiar de Salud, República Dominicana: Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama*. 2023

Tiscoski, K. A., Giacomazzi, J., Rocha, M. S., Gössling, G., & Werutsky, G. (2023). Real-world data on triple-negative breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Ecancermedicalscience*, 17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10898885/>

Unger-Saldaña, K. (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World journal of clinical oncology*, 5(3), 465.

White, J., Kearins, O., Dodwell, D., Horgan, K., Hanby, A. M., & Speirs, V. (2011). Male breast carcinoma: Increased awareness needed. *Breast Cancer Research*, 13(5), 219. <https://doi.org/10.1186/bcr2930>

World Health Organization. *Global Cancer Observatory (Globocan)*. 2022. Cancer Today.

Elaborado por:



Avalado por:



Con el auspicio de:

