

Curso: Integración del enfoque de Determinantes sociales y Equidad en los programas de salud pública

NODO CRIBADO CANCER COLORRECTAL

EQUIPO DE TRABAJO:

Elena Aldasoro
Amaia Bacigalupe
Beatriz Nuin
Juan Zuazagoitia
Isabel Portillo

18 de mayo 2012

Justificación - Porqué este programa



- El equipo seleccionó el **Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCC) en Euskadi**, porque existían experiencias previas^a y el programa se encontraba en la Fase II de implantación => posibilidad de introducir modificaciones

^a Maddison AR Asada Y Urquhart R **Inequity in access to cancer care: a review of the Canadian literature**. Cancer Causes Control. 2011 Mar;22(3):359-66
IAEA. Inequity in cancer care. A global perspective. Vienna; 2011

Programa de detección precoz del CCR

- **Objetivo general del programa**

Detección temprana y extirpación de lesiones adenomas de alto riesgo y cáncer en estados iniciales, para reducir la incidencia y la mortalidad de CCR en la población de la CAPV

- **Población diana**

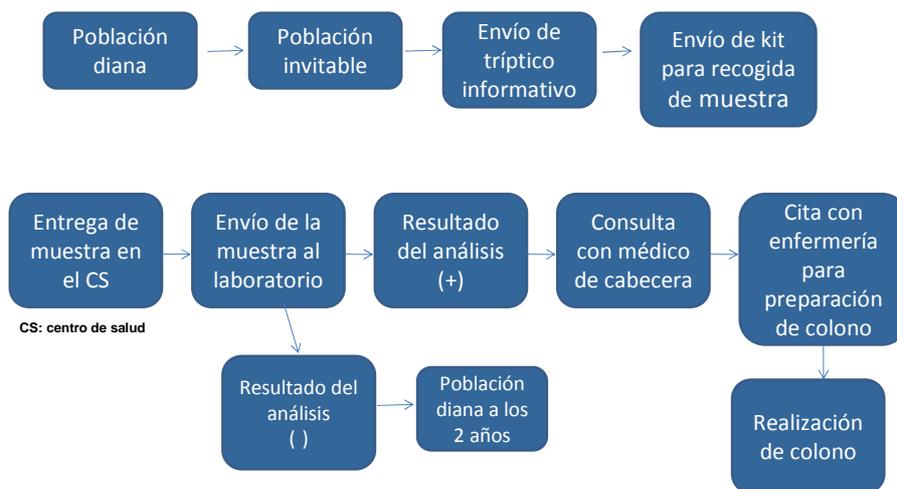
Hombres y mujeres asintomáticos entre 50 y 69 años (población aproximada de 490.000 personas)

- **Método de cribado**

Determinación de sangre oculta en heces (TSOH), mediante una prueba inmunoquímica, con una periodicidad bienal. La prueba de confirmación diagnóstica es la colonoscopia realizada con sedación.

El ciclo de revisión se ha realizado sobre el programa de cribado completo

Diagrama del programa. Etapas clave



Resultados más relevantes: la teoría del programa

¿Cuáles son las asunciones no explícitas de las que parte el PDPCC y que influyen en su diseño y funcionamiento?

Diagrama de la teoría del programa . El programa asume que:

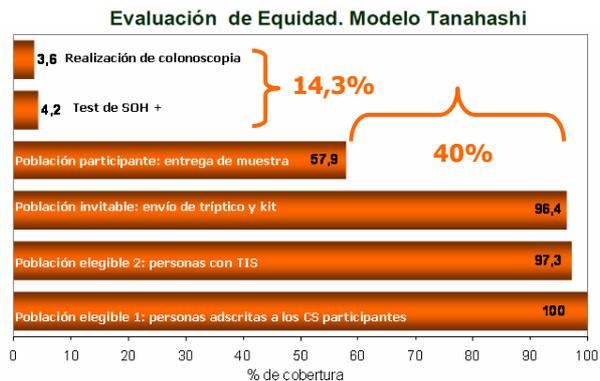


as de mayoría heces consulta y las éxito si

ultado iar la van a

Resultados más relevantes: la cobertura efectiva del programa

- Se realizó un *análisis de la cobertura efectiva* del programa en sus diferentes fases
- Se identificó como clave la etapa que transcurre entre el envío del tríptico y la entrega de la muestra, en la que se pierden el 40% de las personas a las que se les envía el tríptico
- Un 14,3% de las personas con TSOH+ **no** se realizó la colonoscopia



Tanahashi, T. (1978) "Health Service coverage and its evaluation" Bulletin of the world organization, 56(2)295-303

Resultados más relevantes: quienes acceden y quienes no

- Se analizó la fase de **respuesta a la invitación de participación**, en base a los primeros datos sobre la evaluación del programa correspondientes al 1er semestre de 2010.
- Se utilizaron como variables sociodemográficas la edad, el sexo y el nivel de privación de la ZBS (a partir del indicador del proyecto MEDEA)

Tasa de participación con test válido (n con test válido/n invitadas*100)

	Mujeres	Hombres	Razón m/h	Total
50-54	63,3	54,6	1,16	59,1
55-59	67,5	60,9	1,11	64,3
60-64	69,9	65,2	1,07	67,6
65-69	66,3	59,7	1,11	63,0
Total	66,6	59,8	1,11	63,3

Desigualdades socioeconómicas según el nivel de privación de los CS

Los centros de salud con la menor proporción de personas que entregan la muestra tras haber sido invitadas, corresponden a las áreas socioeconómicas más desfavorecidas: **La Arboleda** con un 46.1% de participación y **Casco Viejo** en Vitoria, con un 53,2%.

Tasa de test positivo (n con test positivo/n exploradas*100)

	Mujeres	Hombres	RR h/m	Total
50-54	3,7	6,6	1,78	5
55-59	4,2	8,7	2,07	6,3
60-64	5,2	10,2	1,96	7,5
65-69	6,1	12	1,97	8,9
Total	4,7	9,3	1,98	6,9

Grupos priorizados

- Los **hombres**, que teniendo una tasa de test positivo mayor, participan en menor medida que las mujeres, especialmente los del grupo de mayor edad y los más jóvenes.
- Los **centros de salud** de nivel socioeconómico bajo, categorizados como **4-5** según el índice de privación MEDEA.

Barreras y facilitadores de acceso al programa: aceptabilidad y accesibilidad

	Barreras	Facilitadores
Entrega de la muestra para TSOH en el centro de salud	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acces. física/horaria: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lejanía del centro de salud respecto al lugar de residencia y lugar de trabajo. ➢ Dificultades para la compatibilización con el horario laboral. ▪ Acces. social/cultural: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dificultades para la comprensión de la carta de invitación y su interpretación en grupos desfavorecidos o que no dominen el euskera/castellano. ➢ Falta de prioridad de posibles problemas (futuros) relacionados con la salud frente a otros problemas reales (actuales) de mayor envergadura. <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor percepción del riesgo y menor autocuidado general de la salud entre los hombres ▪ Falta de conocimiento y conciencia de la enfermedad ▪ El programa interviene en aspectos que pueden interferir en valores que definen la identidad masculina y la concepción del cuerpo de los hombres y su manejo. ▪ Temor a un posible resultado positivo y desconocimiento de su gestión 	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay necesidad de pedir cita ▪ Horarios amplios en la mayoría de los centros de salud (horario continuo de mañana y tarde) ▪ La entrega no debe ser personal ▪ Se realizan recordatorios a las personas que no entregan la prueba. ▪ Existe un teléfono gratuito de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los envíos de las cartas se organizan por áreas geográficas, lo cual puede potenciar la comunicación entre vecinos/as sobre el programa y aumentar su aceptabilidad. ▪ Existe un teléfono gratuito de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa
Consulta médica y de enfermería con test de SOH positivo	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acces. física/horaria: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lejanía del centro de salud respecto al lugar de residencia y lugar de trabajo. ➢ Dificultades para la compatibilización con el horario laboral de una cita médica y otra de enfermería. <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temor a la prueba diagnóstica y a un resultado confirmatorio positivo ▪ Aunque actuaría en menor medida que en la fase anterior, es relevante considerar: <ul style="list-style-type: none"> ➢ La menor percepción del riesgo y menor autocuidado general de la salud entre los hombres ➢ Rechazo a la colonoscopia por el tipo de intervención que supone 	<p>Accesibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posibilidad de elección de horario para la consulta médica y de enfermería. <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un teléfono de atención continua a la resolución de dudas sobre el programa ▪ El Programa pivota en el Centro de Salud, pudiendo tanto médico como enfermera atender las dudas y dar consejo sanitario
Colonoscopia	<p>Acces. física:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lejanía del hospital desde determinadas áreas geográficas ➢ Importantes dificultades para la compatibilización con el horario laboral debido a la necesidad de solicitar permisos. <p>Aceptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechazo al tipo de intervención que supone 	
EPA completa	<p>Disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El programa sólo está disponible, de momento en el 33% de los centros de salud de la CAPV 	<p>Disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El programa se irá implantando paulatinamente durante los próximos años en el conjunto de CS de la CAPV

Áreas de mejora (1)

Se identificaron áreas de mejora que podrían dividirse en:

1. Aquéllas sobre las que el programa puede incidir directamente
2. Actuaciones que van más allá del programa y que deben trabajarse desde una perspectiva intersectorial

Principio básico de actuación: la vía más eficiente para mejorar la cobertura total del programa es complementar un enfoque poblacional, como el PDPCC, con actuaciones dirigidas a los grupos con menor participación, de alto riesgo. Para ello, identificarlos de forma efectiva y entender por qué no participan, será un paso previo esencial.

Áreas de mejora (2)

Desde el programa:

- Envío de cartas de invitación con información diferenciada por sexos (énfasis en aspectos que puedan promover una mayor participación entre los hombres [masculinidad])
- Destacar en la formación sobre el programa a los CS de la necesidad de implicar más a los hombres
- Disponibilidad en las consultas de AP de algunos trípticos informativos en diferentes lenguas
- Presentación de los resultados del programa a la sociedad civil, como una forma de sensibilizar sobre la incidencia del CCR y la importancia de la prevención, especialmente en aquellas zonas a CS con menor participación o socioeconómicamente más desfavorecidos

Áreas de mejora (3)

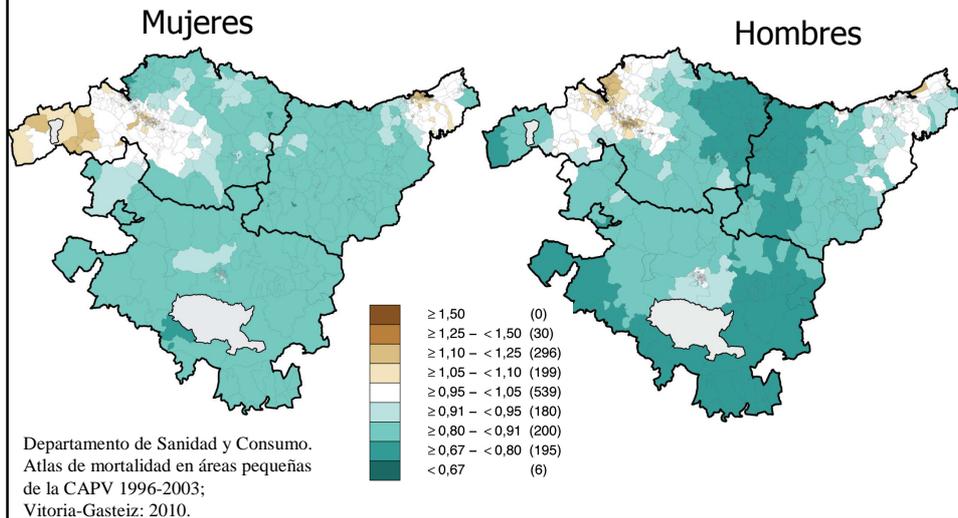
Junto con otros agentes o instituciones extrasanitarias:

- Trabajar en una Estrategia Integrada de promoción y prevención del CCR
 - Establecer objetivos conjuntos con los **servicios médicos de empresa:** actividades de promoción y prevención de la salud. Reúne a muchas personas de la población diana y los hombres están muy representados.
 - Acercamiento del PDPCC al nivel comunitario en el marco de las actuaciones de promoción (énfasis en las zonas de menor participación)
 - Actuaciones sobre las **causas sociales** de la “masculinidad”
- Investigación y monitorización:

Explorar, con un proyecto ad hoc, si existen desigualdades socioeconómicas en la cobertura del programa, a través de herramientas como la auditoría de equidad en salud, que identifica los factores clave y consensúa con los profesionales las actuaciones más apropiadas para su reducción.

¿Por qué ocurre? ¿Cómo evitarlo?

Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada por cáncer de colon. 1996-2003



Muchas Gracias

Beatriz Nuin
bnuin@ej-gv.es

