

Máster en Salud Pública UPF-UAB

Trabajo Final de Máster

**Coordinación entre niveles de atención en el diagnóstico del
cáncer en Latinoamérica: una revisión de alcance**

Estudiante: Ricardo Luer Aguila

*Directoras: Aida Oliver Anglés, Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez
Navarrete*

Institución:

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS);

Consorti de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Barcelona, 19 de junio de 2024

Estimado comité,

A través del presente documento, nosotras Aida Oliver Anglés, Ingrid Vargas y María Luisa Vázquez del Consorci de Salut i Social de Catalunya, como directoras AUTORIZAMOS a RICARDO LUER AGUILA a presentar su trabajo final del Máster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra en conjunto con la Universidad Autónoma de Barcelona para el curso 2023/24 titulado: **“Coordinación entre niveles de atención en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica: una revisión de alcance”**, el que será enviado por publicación en acuerdo con la siguiente:

Nombre de la revista: Gaceta Sanitaria		
	Normativa de la revista	Artículo TFM
Número de palabras del resumen	250	250
Número de palabras (incluyendo el resumen, texto, tablas, figuras, y la bibliografía)	3000	2923
Número de tablas y figuras	6	5
Número de referencias	100	58

En constancia firmamos:

Aida Oliver Anglés

Gestora de proyectos y
asistente de
investigación
Servei d'Estudis i
Prospectives en
Polítiques de Salut
(SEPPS)
**Consorci de Salut i
Social de Catalunya**

Ingrid Vargas Lorenzo

Inverstigadora
permanente
Servei d'Estudis i
Prospectives en Polítiques
de Salut (SEPPS)
**Consorci de Salut i Social
de Catalunya**

**María Luisa Vázquez
Navarrete**

Directora
Servei d'Estudis i
Prospectives en
Polítiques de Salut
(SEPPS)
**Consorci de Salut i
Social de Catalunya**

Resumen

Antecedentes: Los retrasos en el diagnóstico del cáncer se acentúan en sistemas de salud fragmentados, como en Latinoamérica, con acceso limitado a la atención y poca Coordinación Clínica (CC), contribuyendo a mayor mortalidad. Hay evidencia de diversas estrategias para fortalecer la capacidad diagnóstica en Atención Primaria (AP) y la CC, pero con limitada evaluación e implementación en Latinoamérica. Este estudio tiene como objetivo identificar y sintetizar el conocimiento disponible en la región sobre problemas de CC en el diagnóstico del cáncer, factores asociados e intervenciones para su mejora.

Métodos: Revisión de alcance de artículos originales utilizando bases de datos científicas (Medline, LILACS, SciELO), limitados a Latinoamérica. Tras revisión de títulos y resúmenes, y luego texto completo, se extrajeron datos sobre características del estudio, descripción de intervenciones y análisis de CC según un marco conceptual sobre tipos de coordinación.

Resultados: 21 artículos fueron incluidos. Se reportaron problemas en la coordinación de la gestión y la información clínica, destacando deficiencias en el seguimiento entre niveles. Se evidenció un bajo conocimiento de signos/síntomas y poco cumplimiento de guías clínicas por profesionales de AP. Prácticamente no se identificaron intervenciones de mejora de CC.

Conclusión: Existe un vacío importante de conocimiento sobre la CC en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica. Pocos estudios evaluaron el conocimiento de signos/síntomas en AP y las intervenciones no evaluaron resultados intermedios. Fortalecer la AP y mejorar la CC es fundamental para disminuir retrasos en el diagnóstico del cáncer, lo que significa grandes desafíos para la investigación en la región.

Palabras clave: Revisión de alcance, coordinación clínica, diagnóstico del cáncer, Latinoamérica

Background: Delays in cancer diagnosis are exacerbated in fragmented healthcare systems, such as those in Latin America, where there is limited access to care and poor Care Coordination (CC), contributing to higher mortality rates. There is evidence of various strategies to strengthen diagnostic capacity in Primary Care (PC) and CC, but with limited evaluation and implementation in Latin America. This study aims to identify and synthesize available knowledge in the region regarding CC issues in cancer diagnosis, associated factors, and interventions for improvement. **Methods:** A scoping review of original articles from Latin America was conducted using scientific databases (Medline, LILACS, SciELO). After reviewing titles and abstracts, followed by full texts, data was extracted on study characteristics, description of interventions, and analysis of CC according to a conceptual framework on types of coordination. **Results:** Twenty-one articles were included. Problems as to the coordination of management and clinical information were reported, highlighting issues in follow-up between levels of care. There was evidence of low awareness of signs/symptoms and poor adherence to clinical guidelines by PC professionals. Almost no interventions to improve CC were identified. **Conclusion:** There is a significant lack of knowledge regarding CC in cancer diagnosis in Latin America. Few studies evaluated the awareness of signs/symptoms in PC, and the interventions did not assess intermediate outcomes. Strengthening PC and improving CC is crucial to reduce delays in cancer diagnosis, which will indicate significant task for research in the region.

Keywords: Scoping review, care coordination, cancer diagnosis, Latin America

Introducción

Los retrasos en el diagnóstico del cáncer se acentúan en sistemas de salud fragmentados, como en Latinoamérica, caracterizados por un acceso limitado a la atención y poca Coordinación Clínica (CC) entre niveles asistenciales, contribuyendo al aumento de la mortalidad por cáncer¹.

Estudios en la región sugieren que la mayoría de los retrasos se producen en el intervalo del proveedor, que abarca desde la solicitud de la primera consulta médica por síntomas o por cribado oportunista hasta la confirmación diagnóstica, y están relacionados con barreras financieras, geográficas y organizativas, destacando la escasa sospecha diagnóstica en Atención Primaria (AP) y la limitada CC entre niveles^{2,3}. Los grupos más afectados son aquellos de menores ingresos con habitantes de zonas rurales, población indígena y/o personas sin seguro de salud¹⁻⁴.

CC se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud, independiente del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos⁵⁻⁷. Se distinguen dos tipos: a) coordinación de la información clínica, con sus dimensiones de utilización y transferencia de la información; y b) coordinación de la gestión clínica, abarcando dimensiones de seguimiento entre niveles, consistencia de la atención y accesibilidad a través de niveles^{8,9}.

La Organización Mundial de Salud (OMS) estableció la detección temprana del cáncer como prioritaria para países de ingresos bajos y medios¹⁰⁻¹². Existen dos estrategias principales: el diagnóstico precoz, enfocado en identificar tempranamente síntomas y/o signos de la enfermedad, y el cribado poblacional en asintomáticos, que en Latinoamérica se ha desarrollado principalmente como cribado oportunista debido a los recursos limitados^{13,14}.

La relevancia de la AP en la reducción de los retrasos diagnósticos radica en su rol como punto de entrada a la red asistencial¹⁵. Médicos/as de AP son primeros/as en atender a pacientes con sospecha de cáncer y derivar a especialistas para la confirmación diagnóstica, por lo que es fundamental su capacidad de identificar síntomas/signos sospechosos de la enfermedad. En sistemas basados en AP, alrededor del 85% de pacientes se diagnostican tras una presentación sintomática del cáncer, incluidos aquellos diagnosticados en programas de cribado¹⁶.

La evidencia, aunque limitada a Estados Unidos y Europa, sugiere que una mejor calidad en AP se asocia con la detección precoz de cáncer y disminución de la mortalidad^{17,18}, resaltando la necesidad de mejorar las competencias de los médicos/as de AP en el reconocimiento precoz de signos/síntomas y garantizar una sólida CC entre servicios sanitarios para una adecuada derivación a la atención especializada (AE)¹.

Estrategias como la formación continua en diagnóstico precoz, guías clínicas nacionales, vías de derivación rápida y la navegación del paciente por diferentes servicios sanitarios son efectivas para mejorar la detección temprana del cáncer^{19,20}. No obstante, estos enfoques

han demostrado su éxito principalmente en países de altos ingresos, y su implementación en Latinoamérica es aún limitada y con insuficiente evaluación de su efectividad^{21,22}.

Existe una falta de sistematización de la evidencia científica generada en Latinoamérica, con muy pocos estudios, identificados en revisiones mundiales o de países de renta baja/media, no permitiendo concluir cual es la mejor evidencia para la región^{19,22,23}. Sólo unos pocos países latinoamericanos han implementado programas para la detección precoz de cánceres comunes en AP y sistemas de derivación claramente definidos, pero han sido evaluados de manera limitada^{24,25}. La implementación y evaluación de estas estrategias de atención integradas es insuficiente y centrada en mecanismos específicos^{26,27}.

La presente revisión está enmarcada en el proyecto EquityCancer-LA¹, y tiene como objetivo **identificar**, describir y sintetizar el conocimiento disponible sobre los problemas en la CC entre niveles de atención en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica, sus factores asociados e intervenciones para su mejora. Esto servirá de sustento para diseñar e implementar estrategias contextualizadas a la región y orientar futuras investigaciones sobre el tema.

Materiales y métodos

Se realizó una **revisión de alcance** o *scoping review* siguiendo la guía metodológica del Joanna Briggs Institute (JBI)²⁸ y la lista de verificación "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews" (PRISMA-ScR)²⁹, plasmada en el Anexo 1, para identificar artículos originales publicados en castellano, inglés o portugués, que utilizaran métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos y que abarquen el **siguiente marco Población, Concepto, Contexto (PCC)²⁸. Población: Profesionales de AP involucrados en el proceso diagnóstico de cualquier tipo de cáncer y con rol en la CC. Conceptos: Análisis de problemas en la CC durante el proceso diagnóstico, evaluación de conocimiento de profesionales sobre síntomas/signos de cáncer y cumplimiento de guías clínicas sobre detección de cáncer y descripción de la efectividad de intervenciones para la mejora de ambos procesos. Contexto: Sin restricción de fecha de publicación, limitados a Latinoamérica y el Caribe.** Los criterios de exclusión se detallan en la Figura 1.

Para la búsqueda de artículos se utilizaron las siguientes bases de datos científicas: MEDLINE, LILACS, SciELO y el motor de búsqueda Google Scholar. Para MEDLINE, se utilizaron términos MeSH y libres, utilizando la propuesta Latin America and the Caribbean Search Strategy (LACSS) para localizar artículos de la región³⁰. Para las demás se utilizaron términos libres y sus equivalentes al castellano. La estrategia de búsqueda se detalla en el material complementario [Anexo 2]. Los términos se combinaron con operadores booleanos "AND" y "OR". Los resultados de la búsqueda fueron exportados a Mendeley y se eliminaron duplicados. Además, se realizó una búsqueda manual utilizando las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados y la literatura previamente identificada. La búsqueda se realizó entre enero y abril de 2024.

La selección inicial de artículos se hizo revisando títulos y resúmenes, seguida de la lectura

del texto completo. **Las dudas sobre la inclusión de artículos se debatieron entre las investigadoras/es del equipo tras revisar el texto completo de forma independiente.**

De los artículos identificados se extrajeron datos sobre las características del estudio (autor/a y año de publicación, país de estudio, tipo de estudio, población y muestra, periodo de estudio, fuente de datos, tipo de cáncer). En las publicaciones sobre intervenciones, se extrajo además la descripción de éstas. Los resultados de los artículos se clasificaron según sean intermedios, como la CC o mejoras del conocimiento, junto a sus factores influyentes, o finales si se refieren a cambios en la atención sanitaria (ej., intervalo diagnóstico, estadio tumoral al diagnóstico) o a morbilidad del cáncer. Los problemas en CC se analizaron siguiendo el marco conceptual que distingue entre coordinación de la gestión y de la información clínica y sus dimensiones^{8,9}.

Resultados

Tras eliminar artículos duplicados, se identificaron en total 4927 a partir de las bases de datos científicas y la búsqueda manual. Tras la revisión de título y resúmenes, se excluyeron 4857 artículos, obteniendo 80 para evaluar su elegibilidad mediante análisis del texto completo. De éstos, 21 cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio (Figura 1).

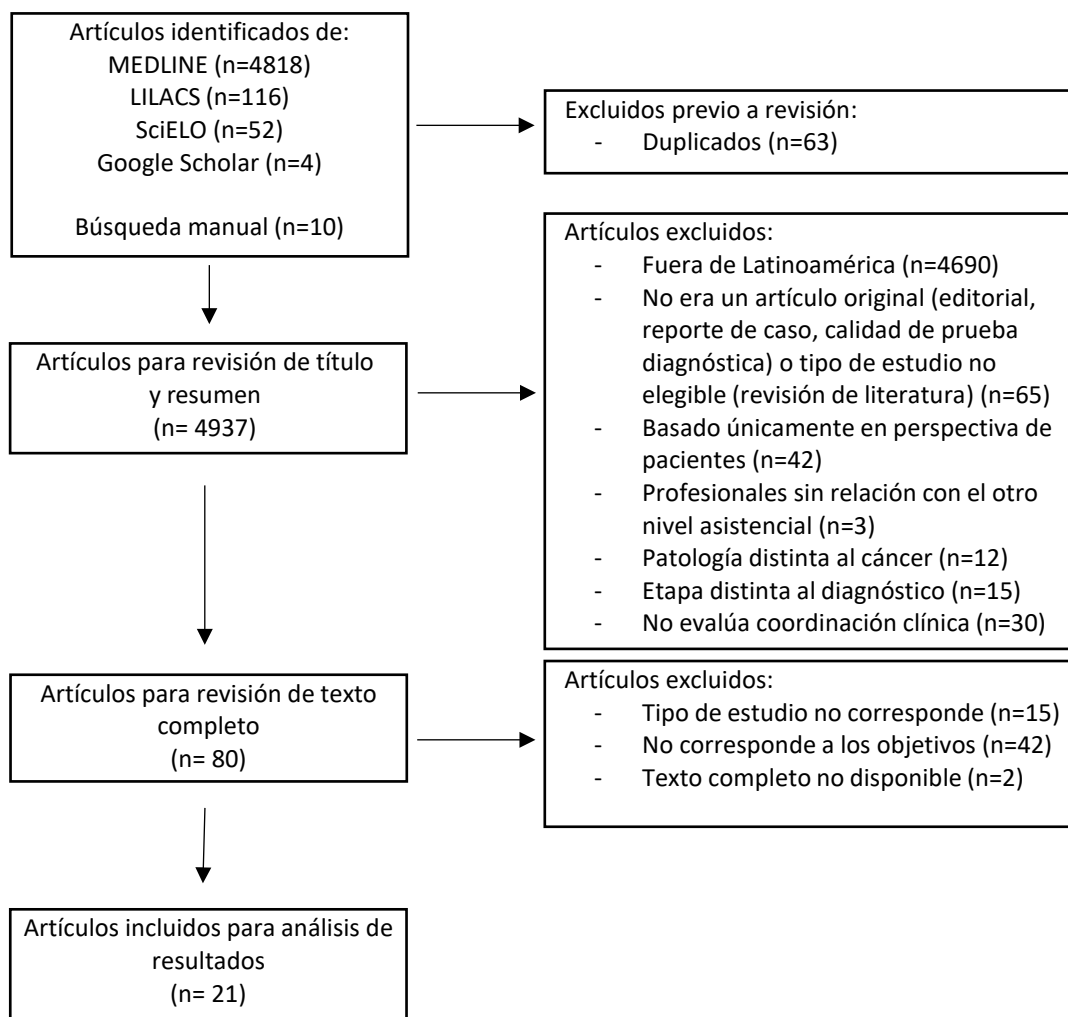
Todos los artículos seleccionados fueron publicados posterior al 2010, excepto uno³¹. La mayoría son de Brasil³¹⁻⁴² y México⁴²⁻¹⁵. Otros países con artículos identificados fueron Nicaragua⁴⁶, Argentina⁴⁷, Puerto Rico⁴⁸, Perú⁴⁹, Chile⁵⁰ y Colombia⁵¹. Todos los estudios sobre problemas en la CC fueron en Brasil [Tabla 1], y los que evaluaron el conocimiento de profesionales se realizaron además en México [Tabla 2]. Los artículos centrados en la evaluación de intervenciones fueron realizados en todos los países nombrados, excepto México [Tabla 3].

Respecto al tipo de estudio, se incluyeron estudios cualitativos^{33,34} y cuantitativos^{32,38} para analizar problemas en la CC. Aquellos que evaluaron el conocimiento de profesionales fueron todos estudios cuantitativos transversales^{31,35-39,42-45}. Las intervenciones evaluadas fueron descritas en estudios cuasi-experimentales^{41,47,48,50,51} y ensayos controlados^{40,45,49}.

La mayoría de estudios incluidos se centraron en cáncer cervicouterino^{33,37,39,45,51}, oral^{31,32,34,38,48} y mama^{36,44,45,51}. Los demás estudiaron cáncer colorrectal^{35,45}, próstata^{42,45}, anal⁴⁸, piel⁴¹, gástrico⁵⁰ y distintos tipos de cáncer infantil^{40,43,46,49}.

Los estudios incluyeron profesionales de **Atención Primaria (AP)**^{31,32,34-43}, **Atención Secundaria y Terciaria (AS/AT)**^{33,44,46} y en etapa formativa^{43,45,47,48}, todos en relación con otro nivel de atención en su práctica clínica.

Figura 1.



Problemas en la CC entre niveles de atención en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica

Los estudios recopilados en la Tabla 1, identificaron problemas tanto en la gestión^{32-34,38} como en la información clínica³²⁻³⁴.

Respecto a la gestión clínica, se reportaron problemas en el seguimiento entre niveles de atención, destacando que el 63,8% de dentistas de AP realizaban seguimiento a pacientes referidos por sospecha de cáncer oral³², apenas el 27,2% tuvo retorno de resultados de biopsias en AP³⁸ y el no retorno de pacientes a AP cuando no se confirma su diagnóstico en atención secundaria (AS)³⁴. Fue reportado además la falta de vías de derivación preferenciales³². También se describieron problemas en la consistencia de la atención

caracterizados por el uso de criterios de derivación inadecuados³³ e identificación tardía de lesiones sospechosas por no realizar examen bucal a toda la población y al desinterés en formación continua³⁴.

En cuanto a la información clínica, en la dimensión de transferencia se destaca la falta de comunicación entre profesionales de AP y especialistas, siendo la usuaria la responsable de transferir información entre niveles³³ y problemas por rellenar inadecuadamente la hoja de referencia/contrarreferencia y el no retorno de éstas desde AE^{33,34}, afectando la calidad del registro y utilización de la información.

Como factor asociado a la CC, se destaca la falta de disponibilidad de un centro de AS o Atención Terciaria (AT)³²⁻³⁴.

Nivel de cumplimiento y conocimiento de guías clínicas nacionales para la detección de cáncer y nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de cáncer

Se analizaron 10 artículos detallados en la Tabla 2. En relación con las guías nacionales de detección de cáncer, más de la mitad de profesionales conocían la existencia de tales recomendaciones^{35,36,42}. Respecto a su cumplimiento, la mayoría de profesionales indicaría el cribado en edades y periodicidad distinta a la recomendada en cáncer cervicouterino, mama y colorrectal^{35-37,39,44}. Respecto al cáncer de próstata, un porcentaje significativo no realizaba examen físico adecuado ni indicaba pruebas diagnósticas⁴². Un cuestionario sobre cumplimiento de diversas guías clínicas mostró un promedio de 63,97% de respuestas correctas⁴⁵.

Se identificaron como factores que influyen en el cumplimiento de las guías clínicas, el ser médicos/as más jóvenes, recién graduados/as, tener las guías disponibles en la unidad y la disponibilidad de exámenes en el centro^{35,39,42}, además de ser mujer en el caso del cáncer cervicouterino³⁹. Aunque la experiencia en la práctica médica también influyó en mayor cumplimiento de las guías⁴², aumentando además según la cantidad de horas de capacitación⁴⁴ y el nivel de especialización⁴⁵. Otros estudios no encontraron diferencias significativas según características sociodemográficas o del centro de salud^{35,36,42,44,45}.

Respecto al nivel de conocimiento de signos/síntomas comunes de cáncer, los estudios reportaron un promedio de respuestas correctas a cuestionarios bajo el 60%^{31,38,43,44}, destacando en un artículo una mayor cantidad de horas de capacitación como factor influyente en este nivel⁴⁴.

Intervenciones para la mejora de la CC y del conocimiento de profesionales de AP en la sospecha diagnóstica

Se identificaron 8 artículos presentados en la Tabla 3. 5 estudios abordan programas de formación para profesionales de AP en la identificación de pacientes sospechosos de cáncer

infantil^{40,46}, mama⁵¹, oral⁴⁷ y anal⁴⁸. Comparadas con un grupo control, se redujo el intervalo del proveedor y aumentó el número de derivaciones^{40,46,47,51}. Uno evaluó la mejora del conocimiento en cáncer anal después de la capacitación⁴⁸.

Respecto a herramientas de mejora de la comunicación entre niveles de atención, se evaluó una aplicación móvil para interconsulta virtual entre médicos/as de AP y especialistas mostrando una disminución del intervalo del proveedor y diagnóstico total⁴⁹. Otro artículo reportó una óptima concordancia entre inspección visual directa de un médico/a general y la clasificación de especialistas mediante una imagen digital tomada al inspeccionar⁴¹.

Finalmente se identificó una intervención sobre protocolos de derivación estandarizadas, caracterizada por la utilización de una técnica no invasiva para priorizar, optimizando el uso de endoscopía, resultando en disminución de tiempos de espera y aumento en la tasa de detección temprana de cáncer gástrico⁵⁰.

TABLA 1. Problemas de coordinación clínica entre niveles de atención en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica

Primer autor/a y año de publicación	País de estudio	Tipo de estudio	Población y muestra/ Periodo de estudio	Fuente de datos	Tipo de cáncer	Resultados principales/ <i>Tipo y dimensión de la Coordinación Clínica y factores asociados</i>	
Casotti E, 2016 (32)	Brasil	Descriptivo	Dentistas de AP de 72 municipios del Estado de Janeiro de la Unidad de Salud (n=605). 2012	Encuesta y verificación de documentos de la Unidad de Salud respectiva	Oral	<i>Registro y acompañamiento a pacientes con sospecha de cáncer</i>	63,8% de los dentistas de AP entrevistados refiere registrar y hacer seguimiento a pacientes con sospecha/confirmados con cáncer derivados a otros niveles de atención. 58,8% de dichos registros pudo ser comprobado con documentos de verificación Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento entre niveles de atención
						<i>Disponibilidad de centro al cual derivar</i>	82,8% tienen centro de especialidades odontológicas (AS) para derivar, 25,9% de las cuales no tienen estomatologista para diagnóstico. Factor asociado a la coordinación clínica
						<i>Existencia de vías de derivación preferenciales</i>	47,1% referían tener flujos de derivación preferenciales para pacientes con sospecha de cáncer de boca Coordinación de la gestión clínica: Todas sus dimensiones
Fernandes N, 2021 (33)	Brasil	Cualitativo	Trabajadores de salud (enfermeras, agentes comunitarios, gestores y ginecólogos) de 4 municipios de la región sanitaria de Bahía (n=82). 2020	10 grupos focales y 12 entrevistas semiestructuradas	Cervico uterino	<i>Disponibilidad de centro al cual derivar</i>	Un municipio no tenía acceso a ginecología (AS) en la red pública para confirmación diagnóstica y otro tenía una gran demanda retrasando el acceso a la atención. Factor asociado a la coordinación clínica
						<i>Comunicación entre AP y especialista (ginecología en AS/AT)</i>	No existía comunicación entre profesionales de AP y especialistas para la derivación, sino que se realizaba por vía administrativa (centro de citas) para agendar procedimiento diagnóstico, siendo la usuaria la responsable de transferir la información entre niveles. Coordinación de la información clínica: Transferencia de la información
						<i>Hojas de referencia-contrarreferencia</i>	No existían documentos de contrarreferencia de la información de ginecología, especialmente los informes de citologías. Coordinación de la información clínica: Seguimiento entre niveles de atención
						<i>Crterios de derivación</i>	Derivación de AP a AS/AT sin el debido criterio clínico (a veces, por presión de pacientes), mostrando que la función de filtro de médicos/as y enfermeros/as de AP era débil. Coordinación de la gestión clínica: Consistencia en la atención

Lombardo E, 2014 (34)	Brasil	Cualitativo	Dentistas de AP del municipio de Porto Alegre (n=8). 2014	Grupos focales	Oral	<i>Prácticas respecto al diagnóstico de cáncer oral por parte de profesionales</i>	Se reporta una falla en la identificación precoz de lesiones, diagnosticando cuando la sintomatología es ya muy evidente, lo que resaltó la necesidad de realizar examen bucal completo a todos los/as pacientes y no limitarse sólo a quienes tengan un perfil de riesgo comprobado, y la importancia de educación permanente a profesionales sobre signos y síntomas de cáncer de boca. Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención
						<i>Flujos de derivación</i>	Se informó de que, una vez diagnosticado en AS, el paciente vuelve a AP para ser derivado a AT a través del sistema informatizado. Bien utilizada, la derivación ayuda a los profesionales de los niveles más complejos a realizar un diagnóstico definitivo, no obstante, se resalta que la importancia del retorno a AP desde AS aunque no se confirme el diagnóstico de cáncer. Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento entre niveles de atención
						<i>Calidad de la información recogida en las hojas de referencia/contrareferencia</i>	La hoja de referencia/contrareferencia no siempre es rellena adecuadamente por parte de los/as profesionales de la red. El correcto cumplimiento y la calidad de los registros varía en función del profesional de la red (Ej: No descripción de motivo de derivación ni información clínica complementaria) Coordinación de la información clínica: Utilización de la información y transferencia
						<i>Disponibilidad de centro al cual derivar</i>	Las posibilidades que ofrece la red asistencial no son uniformes. Se observa una falta de centros de AS/AT para derivación en ciertos municipios. Factor asociado a la coordinación clínica
Freire MMS, 2022 (38)	Brasil	Transversal	Dentistas de la red pública de AP de 9 municipios de Baixada Litorânea en Rio de Janeiro (n=114). Septiembre-octubre 2021	Encuesta en línea	Oral	<i>Retorno de resultado de exámenes</i>	Cuando se realizó la biopsia en la primera consulta en AP, solo el 27,2% de dentistas tuvo retorno del resultado. Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento entre niveles de atención

AP: Atención Primaria; AS: Atención Secundaria; AT: Atención Terciaria

TABLA 2. Cumplimiento de guías clínicas nacionales de detección de cáncer y nivel de conocimiento sobre signos/síntomas de cáncer por parte de profesionales

Primer autor/a y año de publicación	País de estudio	Tipo de estudio	Población y muestra/ Periodo de estudio	Fuente de datos	Tipo de cáncer	Resultados principales
Perin DM, 2015 (35)	Brasil	Transversal	1251 coordinadores/as, 182 médicos/as y 347 enfermeros/as de AP en distintas regiones de Brasil (n=1780). 2011	Encuesta telefónica	Colo-rectal	<p><i>Conocimiento y cumplimiento de guías clínicas</i></p> <p>52% de coordinadores/as conocían las recomendaciones de las guías clínicas nacionales (INCA) para la detección de cáncer colorrectal. 36% reportó llevar a cabo exámenes de detección de cáncer siguiendo las guías clínicas. Sin embargo, hay un bajo cumplimiento de éstas, reportándose que 30% de médicos/as iniciaba el cribado en pacientes de 50-55 años según las guías y el 47% de refería no realizar cribado. El cribado y el uso de exámenes para la detección de CCR fue mayor en unidades que usaban las recomendaciones de las guías (p<0,001).</p> <p><i>Factores influyentes</i></p> <p>No hubo diferencias estadísticamente significativas según región, cobertura poblacional, cantidad de pacientes atendidos/as. Comparado con médicos/as que no indicaban el cribado de CRR, quienes lo hacían eran más jóvenes (p<0,001) y se graduaron más recientemente (p<0,001).</p>
Basulto-Martínez M, 2021 (42)	México	Transversal	Médicos/as de AP con actividad en el sector público y/o privado (n=170). 2021	Encuesta autoadministrada	Próstata	<p><i>Conocimiento y cumplimiento de guías clínicas</i></p> <p>71,8% conocía las guías nacionales de detección precoz de cáncer próstata, pero se detectó poco cumplimiento de éstas. 40% no realiza APE en hombres asintomáticos, y aquellos que lo hacen, en su mayoría seleccionan rangos de edad fuera de lo recomendado. 61.2% no realiza nunca examen digital rectal, contrariamente a lo recomendado.</p> <p><i>Factores influyentes</i></p> <p>Menos años en práctica y ser residente de medicina familiar se asoció con una menor probabilidad de realizar APE en hombres asintomáticos. Acceso a un programa institucional de detección oportuna y a pruebas de APE aumentaba la probabilidad de realizarlo. El acceso a pruebas el único factor asociado significativamente en el modelo multivariable. No realizar examen rectal no se asoció con falta de espacio, tiempo ni asistencia (p > 0.05).</p>
Hallowell D, 2018 (36)	Brasil	Transversal	1251 coordinadores/as, 347 enfermeros/as y 182 médicos/as de AP en distintas regiones de Brasil (n=1780). 2011	Encuesta telefónica	Mama	<p><i>Conocimiento y cumplimiento de guías clínicas</i></p> <p>45% de coordinadores declararon desconocer las recomendaciones de las guías clínicas nacionales (INCA) para la detección del cáncer. 98,3% de quienes si las conocían referían seguirlas, pero se detectó bajo cumplimiento. 72,3% de médicos/as indicaban mamografías anuales a mujeres entre 50-69 años, mientras las guías INCA recomiendan que sea bianual. Respecto a la recomendación de cribado anual en mujeres 40-49 años, el 25,1% lo iniciaron en <40 años.</p> <p><i>Factores influyentes</i></p> <p>No hubo diferencias significativas según variables demográficas de profesionales o características regionales de sus centros.</p>

Ortega-Olvera C, 2016 (44)	México	Transversal	Médicos/as generales, especialistas y enfermeros/as de AP y AS de distintas regiones de México. (n = 684) 2012	Encuesta administrada por entrevista	Mama	<i>Cumplimiento de guías clínicas y conocimiento sobre signos de cáncer de mama</i> <i>Factores influyentes</i>	El promedio de respuestas correctas sobre factores de riesgo, examen físico e indicación de mamografía de acuerdo con las guías clínicas nacionales (NOM) de detección oportuna del cáncer de mama fue de 38.2% (IC 95% 35.6-40.8). El 5,2% logró >60% respuestas correctas. En promedio identificaron 3,2 signos y síntomas sobre un máximo de 6. 9,4% indicaban autopalpación de mamas y 6,7% mamografía según los rangos etarios y frecuencia recomendada por la NOM. % de respuesta correctas aumentó a mayor cantidad horas de capacitación durante el año previo a la encuesta (significativo estadísticamente/límite para cursos sobre autopalpación, cribado, prevención o examen clínico de mama, y no significativo para cursos de equidad de género), siendo más significativo en médicos/as y enfermeros/as de AP que en especialistas. No se encontraron diferencias significativas según características demográficas (edad, género, profesión, ubicación rural/urbana del centro asistencial).
Villarreal-Garza C, 2010 (45)	México	Transversal	Estudiantes de 3°-7° año de medicina y médicos/as residentes de medicina interna de 5 universidades y 5 unidades de medicina interna. (n=451) Agosto – octubre 2008	Encuesta autoadministrada	Mama, cervicouterino, colon y próstata	<i>Cumplimiento de guías clínicas</i> <i>Factores influyentes</i>	La puntuación media de cumplimiento de guías clínicas y conocimientos sobre detección de cáncer para todo el grupo (estudiantes de medicina y residentes de medicina interna) fue de 63,97 ±14,97 (sobre un máximo de 100). La puntuación aumentó directamente con el nivel de especialización (estudiantes de medicina, 60,46±14,09 y residentes, 70,35±14,44 (p=0,0001). No hubo diferencias significativas según género, edad o universidad público/privada.
Stormo A, 2014 (37)	Brasil	Transversal	1251 coordinadores/a, 347 enfermeros/as, 182 médicos/as y 273 trabajadores comunitarios/as de AP en distintas regiones de Brasil (n=2053). 2011	Encuesta telefónica	Cervicouterino	<i>Conocimiento y cumplimiento de guías clínicas</i> <i>Factores influyentes</i>	91,9% de coordinadores/as declararon que en sus unidades realizaron pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y el 47,3% llevaron a cabo actividades de divulgación o reclutamiento y el 68,7% calificó de gran influencia las guías clínicas. Sin embargo, hay bajo cumplimiento de éstas y contrario a lo recomendado por la OMS y las guías clínicas nacionales (INCA), 84,9% de médicos/as realizan cribado anual y el 63,1% lo comenzaría en mujeres <25 años, además el 69% de médicos/as recomendaba la vacunación de VPH en >13 años. Sin información
Ferreira MCM, 2022 (39)	Brasil	Transversal	79 médicos/as y 91 enfermeros/as de AP del municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais (n=170)	Encuesta autoadministrada	Cervicouterino	<i>Cumplimiento de guías clínicas y prácticas sobre cáncer cervicouterino</i>	41,8% de médicos/as indicaron correctamente el rango etario y 66,7% la periodicidad de examen citopatológico según guías clínicas. Respecto a la búsqueda activa y seguimiento de mujeres, 51,9% lo hizo a quienes faltaron a la consulta, 93,6% a quienes tenían resultado sospechoso y 83,5% con diagnóstico confirmado.

						<i>Factores influyentes</i>	Con significancia estadística, hubo mejor rendimiento en el conocimiento y adhesión a guías en las mujeres (p = 0,024), profesionales más jóvenes (<29 años (p = 0,022) y quienes tenían las directrices del Ministerio de Sanidad disponibles en la unidad (p = 0,042). Respecto a la búsqueda activa de mujeres diagnosticadas o con lesiones sospechosas, hubo mejor rendimiento en profesionales con posgrado (p=0,001), a mayores años de titulación (p=0,032) y tener las directrices disponibles (p=0,023).
Leão JC, 2005 (31)	Brasil	Transversal	Dentistas de AP del área urbana de Recife, Pernambuco (n=129). 2004	Encuesta autoadministrada	Oral	<i>Conocimiento de signos clínicos y prácticas sobre cáncer oral</i> <i>Factores influyentes</i>	34% identificó correctamente características clínicas comunes del carcinoma de células escamosas oral y el 11% pudo identificar el agente etiológico. Mayor propensión a detectar el cáncer oral si se dedica la mayoría del tiempo de la consulta al examen físico (P = 0.039). El nivel de conocimiento no está asociado con ninguna variable sociodemográfica evaluada (género, edad, años posteriores a titulación, ejercicio público/privado, curso de posgrado).
Leal-Leal C, 2011 (43)	México	Transversal	Estudiantes de medicina en prácticas de 12 universidades de México (n=791). 2011	Encuesta autoadministrada	Cáncer infantil (Rb)	<i>Conocimiento sobre signos de Rb</i> <i>Factores influyentes</i>	39,7% contestó correctamente las preguntas sobre los signos clínicos de presentación de retinoblastoma más frecuentes. Sin información
Freire MMS, 2022 (38)	Brasil	Transversal	Dentistas de la red pública de AP de 9 municipios de Baixada Litorânea en Rio de Janeiro (n=114). Septiembre-octubre 2021	Encuesta en línea	Oral	<i>Conocimiento sobre signos, factores de riesgo y prácticas sobre cáncer oral</i> <i>Factores influyentes</i>	La media de respuestas correctas a las 23 preguntas sobre conocimiento de signos clínico de cáncer oral y factores de riesgo fue de 13,2 (56,5%). El 65,8% tenía un nivel bajo de confianza en la realización de procedimientos para diagnosticar el cáncer oral esto. En la primera consulta, el 86,8% realizó examen de la cavidad oral para identificar cáncer bucal, 7,9% no lo hace por tiempo de consulta insuficiente y 5,3% porque no sabe cómo hacerlo. 65,8% desconocía el flujograma municipal para el diagnóstico y tratamiento del cáncer oral. Sin información

AP: Atención Primaria; INCA: Instituto Nacional del Cáncer de Brasil; CCR: Cáncer colorrectal; APE: antígeno prostático; AS: Atención Secundaria; NOM: Norma Oficial Mexicana; OMS: Organización Mundial de la Salud; Rb: Retinoblastoma

TABLA 3. Intervenciones para la mejora del conocimiento de los profesionales de AP en la sospecha diagnóstica y la coordinación clínica en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica

Primer autor/a y año de publicación	País de estudio	Descripción de la intervención	Tipo de estudio	Población y muestra/ Periodo de estudio	Fuente de datos	Tipo de cáncer	Resultados principales	
FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD DE AP PARA LA MEJORA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA								
De Angelis C, 2012 (46)	Nicaragua	Programa de capacitación específico para médicos/as sobre enfermedades oncológicas infantiles.	Observacional retrospectivo y ensayo controlado	<16 años diagnosticados con LMA/LLA en el hospital La Mascota, Managua. (n=81) (Agosto 2006-Enero 2009)	Historias clínicas, verificadas con entrevistas semiestructuradas con uno o ambos progenitores	Cáncer infantil (Leucemia)	<i>Tiempo entre primeros síntomas y diagnóstico (días)</i>	Pacientes procedentes de distritos cualificados* fueron diagnosticados en un plazo más corto que los del resto de distritos (mediana: 20,5 frente a 40 días, p < 0,01)
Costa A, 2017 (40)	Brasil	Programa para equipos de AP (médico/a, enfermero/a, asistente de enfermería y 4-6 agentes comunitarios de salud) enfocados en la identificación de casos sospechosos de cáncer infantil y derivación al hospital de referencia. 8 módulos con una duración de 20 horas.	Ensayo controlado	446 niños/as y adolescentes en grupo de intervención y 1351 en grupo control. (n=1797) (2007-2011)	Historia clínica del hospital de referencia	Cáncer infantil	<i>Casos sospechosos derivados al Hospital de referencia</i>	Los equipos sometidos a la intervención referían 3,6 veces más pacientes que el grupo de control. Solo el grupo de intervención mostró un aumento en el número de casos confirmados. Hubo un aumento del 30,6% en número de niños derivados al hospital de referencia por sospecha de cáncer.
Morelato R, 2022 (47)	Argentina	Capacitación de dentistas en habilidades de detección de síntomas iniciales de cáncer oral y un programa de concienciación pública a través de medios y redes.	Cuasi-experimental (antes-después)	70 pacientes pre-intervención (periodo 1) y 60 post intervención (periodo 2) (n=130) (1: 1992-2004 2: 2006-2011)	Historia clínica de pacientes diagnosticados en centros de referencia	Oral	<i>% pacientes diagnosticados en estadios iniciales</i> <i>% de indicación de biopsia en la primera consulta en AP</i> <i>Tiempo del Intervalo del proveedor</i>	27% de pacientes diagnosticados en etapas iniciales (I y II) del cáncer oral en el periodo 1 y 40% de pacientes posterior a la intervención. 6% de los pacientes en el periodo 1 y 23.3% en el periodo 2 (OR = 4.68; IC95%, 1.87-11.73; P <,05). El retraso (duración del intervalo >30 días) en el intervalo del proveedor disminuyó del 72% en el periodo 1 al 36.8% en el periodo 2 en pacientes diagnosticados en etapas iniciales (p<,05); y del 61%

							<i>consulta y el especialista que hizo la biopsia)</i>	al 37% respectivamente en pacientes en etapas avanzadas. (p<,05)
Sardi A, 2019 (51)	Colombia	Educación Médica (teleconferencias mensuales y presenciales bianuales) sobre factores de riesgo, cribado, diagnóstico y tratamiento. Además programa de mejoras en capacidad técnica y equipamiento local, programa de navegación y educación para pacientes.	Cuasi-experimental (antes-después)	105 pacientes previo a intervención y 9 posterior. (n=114) (Pre: 2012- Post: 2016)	Seguimiento a pacientes participantes del programa	Mama y cervicouterino	<i>Tiempo hasta diagnóstico.</i>	Tiempo promedio desde consulta inicial a la biopsia disminuyó de 65 a 20 días; y desde la biopsia hasta confirmación diagnóstica, de 33 a 4 días.
Ortiz AP, 2013 (48)	Puerto Rico	Capacitación de 1,5 horas sobre epidemiología del VPH en el cáncer anal, factores de riesgo relacionados, cribado, diagnóstico y tratamiento y encuesta sobre expectativas, experiencias y entrenamiento previo sobre cáncer anal.	Cuasi-experimental (antes-después)	Médicos/as residentes, estudiantes de medicina y docentes universitario (n=50) (Marzo 2013)	Encuesta pre y post intervención	Anal	<i>Impacto en grado de conocimiento y experiencia/entrenamiento previo sobre existencia de guías clínicas, signos clínicos y criterios de derivación</i>	Hubo mejora en la cantidad de respuesta correctas en el cuestionario después de la intervención (pre-prueba: 3.4±1.2 y pos-prueba 4.7±0.71). Tres preguntas mostraron un mejor rendimiento en la pos-prueba (p <0.05): la ausencia de guías para la detección/tratamiento de pacientes con enfermedades anales relacionadas a VPH, que NIA 2 se considera neoplasia de alto grado y que la NIA de alto grado comúnmente no se manifiesta a través de verrugas en el ano.
HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PARA LA COORDINACIÓN								
Vasquez L, 2021 (49)	Perú	Aplicación móvil para interconsulta virtual con capacitación para médicos de AP para su uso (datos y fotografías de pacientes para que especialistas de guardia revisen los casos consultados y	Ensayo controlado (estudio piloto)	10 pacientes pediátricos en grupo de intervención y 13 en grupo control. (n=23) (Noviembre 2017 - Abril 2018)	Historia clínica de pacientes con diagnóstico confirmado en hospital terciario y datos en la	Cáncer infantil	<i>Tiempo del intervalo del proveedor</i>	La mediana del tiempo entre la fecha de derivación a la primera consulta en atención terciaria fue de 7 días (IQR, 2-13) en pacientes con referencias convencionales y 2 días (IQR, 2-3.5) en pacientes referidos con la aplicación (P = .02), mostrando una reducción del 66% en el tiempo de referencia.
							<i>Tiempo intervalo diagnóstico</i>	La mediana de tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 22 días (IQR: 5-32) para los pacientes referidos de manera convencional y 7 días

		recomienden si puede ser tratado en un centro local o ser derivado a un centro terciario.			aplicación móvil		<i>total (desde inicio de síntomas hasta diagnóstico)</i>	(IQR: 4-8.3) para aquellos referidos con la aplicación (P = .06), mostrando una reducción del 72.1% en este intervalo.
Silveira C, 2014 (41)	Brasil	Las lesiones de las/os pacientes evaluados en la UMP fueron fotografiadas digitalmente por el médico y aquellas sospechosas fueron biopsiadas o extraídas. Las imágenes fueron asignadas a dos oncólogos aleatorios y cegadas respecto al diagnóstico del médico de la UMP y el reporte de patología.	Cuasi-experimental (antes-después)	2592 pacientes examinados por Unidad Móvil de Prevención del Hospital Oncológico Barretos para áreas remotas. (Abril 2010 - Julio 2011)	Historia clínica de UMP, informes del Departamento de Patología del hospital de referencia y reporte de oncólogos	Piel	<i>Tasa de acuerdo entre el diagnóstico mediante la inspección visual directa en la UMP y la clasificación de los oncólogos a través de la imagen digital.</i>	Las tasas de acuerdo absoluto con la inspección visual directa fueron del 85.8% para el oncólogo #1 (IC95: 77.1-95.2) y del 93.5% para el oncólogo #2 (IC95: 84.5-100.0). La precisión general de los dos oncólogos no difería significativamente.
PROTOCOLO DE DERIVACIÓN ESTANDARIZADAS								
Copelli L, 2019 (50)	Chile	Protocolo de derivación de pacientes con dispepsia, considerando el uso de una técnica no invasiva (antígeno fecal de H. Pylori, AHPD) para manejo de pacientes con bajo riesgo y priorizando la endoscopia para aquellos con mayor riesgo de cáncer gástrico. Además de un programa educativo para médicos/as de AP para su uso y folletos informativos para la comunidad.	Cuasi-experimental (antes-después)	4641 pacientes remitidos a Unidad de Endoscopia de un hospital de referencia (Enero 2015 - Diciembre 2017)	Historia clínica del hospital de referencia	Gástrico	<i>Tiempo en lista de espera para endoscopia. Tasa de detección de cáncer incipiente y lesiones premalignas.</i>	Después de la adopción del protocolo, disminuyó en 52% el tiempo de espera para endoscopia. Hubo un aumento significativo en la tasa de detección temprana de cáncer gástrico (de ninguno en 2015 al 13% en 2017, p = 0.03). Se detectaron 32,7 casos de lesiones premalignas por cada 100 endoscopías (no evaluadas el 2015; p < 0,0001).

*Distritos cualificados: distritos donde se llevó a cabo un programa específico de formación en oncología pediátrica; LMA: Leucemia Mieloide Aguda; LLA: Leucemia Linfoblástica Aguda; OR: Odds Ratio; VPH: Virus Papiloma Humano; NIA: Neoplasia intraepitelial anal; AP: Atención Primaria; IQR: Rango intercuartílico; UMP: Unidad Móvil Preventiva; AHPD: Antígeno de H. pylori en deposiciones

Discusión

El fortalecimiento de la AP mediante la formación de profesionales y la mejora en la CC es fundamental para disminuir los retrasos en el diagnóstico del cáncer y contribuir así a menores tasas de mortalidad en Latinoamérica y el Caribe. Esta revisión es la primera en identificar y sintetizar estudios que aborden problemas en la CC en el proceso diagnóstico del cáncer, sus factores asociados e intervenciones para su mejora que se hayan desarrollado en la región.

Principalmente, se identificaron estudios en Brasil y México, coincidente con la evidencia previa sobre barreras de acceso al diagnóstico del cáncer concentrada en dichos países y, en parte, en Colombia^{23,52-56}. Esto plantea interrogantes sobre las razones de esta mayor producción de evidencia en esos países, enmarcado, no obstante, en las limitaciones generales del reconocimiento de la literatura científica latinoamericana³⁰.

Respecto a los tipos de cáncer, se muestra una ausencia o escasa evidencia directa para numerosas localizaciones tumorales que pueden diagnosticarse mediante la identificación de síntomas/signos, como colorrectal, estómago, piel, entre otros¹³, concentrándose en cáncer cervicouterino, oral y de mama.

Se identificaron muy pocos estudios que analizaran en la CC en el proceso diagnóstico del cáncer, a pesar de ser uno de los factores más importantes para reducir retrasos en contexto latinoamericano con sistemas de salud fragmentados. Se detectaron distintos problemas de coordinación tanto de la información como de la gestión clínica, destacando dificultades en el seguimiento entre niveles de atención y poca disponibilidad de centros de derivación, como factor asociado a la CC, como los puntos más recurrentes reportados por los artículos revisados. Los problemas de CC reportados sobre ambos tipos de coordinación son comunes a los identificados en otras patologías⁵⁷⁻⁵⁸.

Respecto al conocimiento de profesionales de AP, la mayoría de los estudios se centraron en el cumplimiento de guías nacionales de cribado y criterios de derivación en pacientes asintomáticos/as y muy pocos sobre el conocimiento sobre signos/síntomas de cáncer. Esto contrasta con el enfoque promovido por la OMS en los últimos años priorizar el diagnóstico precoz en pacientes sintomáticos, sobre los programas de cribado, entendiendo la relevancia de la identificación precoz de signos/síntomas de la mayoría de los cánceres y su impacto en la aumentar la sobrevida¹³. Estos resultados son consistentes con el enfoque predominante de las políticas promovidas hasta el momento en Latinoamérica, que asignan un rol fundamentalmente preventivo a la AP mediante el cribado oportunista. Por otra parte, se identificó como factor influyente en el conocimiento de profesionales sobre signos/síntomas y cumplimiento de guías, el nivel de capacitación y especialización médica. Mejoras en estos aspectos podrían enfrentar mayores dificultades en el contexto Latinoamericano donde la mayoría de médicos/as de AP son generales, sin especialidad médica o en último año (servicio social/rural), existiendo mucha rotación, lo que obstaculizaría intervenciones de formación continua.

Prácticamente no se identificaron intervenciones dirigidas a la mejora en la CC. La mayoría de las evaluaciones de intervenciones reportadas estaban enfocadas en mejoras en el nivel de conocimiento de profesionales de AP para el diagnóstico oportuno. Sin embargo, la mayoría de estos estudios sólo midió resultados finales en términos de disminución del intervalo diagnóstico y diagnóstico en etapas iniciales, sin medición de cambios en el nivel de conocimiento o de mejoras en la CC. La falta de resultados intermedios impide concluir que dicha disminución se haya debido a la intervención estudiada. Pese a que algunos países promueven intervenciones como las vías de derivación rápidas, ningún estudio evaluó dicha política pues el estudio identificado trata de un protocolo de derivación, lo que puede estar relacionado con la complejidad de la implementación de éstas en contextos de pocos recursos.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que no se utilizaron todas las bases de datos globales para la identificación de artículos, priorizando búsquedas en repositorios focalizados en la literatura latinoamericana, entendiendo el contexto de la revisión. La falta de una conceptualización común para CC podría haber provocado la omisión de artículos relevantes en la revisión. Por ello, se realizó una búsqueda exhaustiva utilizando diversas herramientas de CC para abarcar el máximo número de resultados posibles.

Conclusión

La presente revisión analizó la evidencia científica disponible en Latinoamérica sobre problemas en la CC entre niveles de atención, niveles de conocimiento de profesionales de AP sobre diagnóstico de cáncer e intervenciones para la mejora de ambos procesos. **Los resultados muestran un vacío importante en la región en el conocimiento sobre la CC en el diagnóstico del cáncer, limitándose a pocos estudios y en países específicos. Los problemas en la CC reportados en esta revisión afectan dimensiones similares a los identificados en estudios sobre CC en otras enfermedades crónicas.**

La mayoría de estudios se centraron principalmente en evaluar el cumplimiento de guías clínicas en pacientes asintomáticos, identificándose escasa evidencia sobre el conocimiento de profesionales de AP sobre signos/síntomas de cáncer.

Por su parte las intervenciones para mejorar la capacidad diagnóstica en AP midieron mayoritariamente resultados finales como mejoras en el intervalo diagnóstico o estadios tumorales iniciales, lo que dificultar atribuir estos cambios a la intervención estudiada. La importancia del fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en AP, hace prioritario promover estudios que evalúen intervenciones que mejoren el conocimiento y prácticas respecto al reconocimiento precoz de síntomas/signos y criterios de derivación adecuados.

Pese a que existen intervenciones para la mejora de la CC que en otros entornos se han mostrado efectivas para abordar esta problemática, se reconocen importantes lagunas en el conocimiento sobre la efectividad de dichas intervenciones y contextualización a Latinoamérica. Esta falta de evaluación rigurosa sobre la implementación de

intervenciones, plantea un gran desafío para la investigación científica en la región. Lo anterior es crucial para el sustento del diseño e implementación de estrategias para mejorar la calidad de la AP y la CC en el diagnóstico del cáncer en Latinoamérica, como pilares en la disminución de los retrasos diagnósticos, pudiendo contribuir a menores tasas de mortalidad en la región.

Bibliografía

1. Vázquez ML, Vargas I, Rubio-Valera M, et al. Improving equity in access to early diagnosis of cancer in different healthcare systems of Latin America: protocol for the EquityCancer-LA implementation-effectiveness hybrid study. *BMJ Open*. 2022;12(12).
2. Walter F, Webster A, Scott S, et al. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis. *J Health Serv Res Amp Policy*. 2012;17(2):110-8.
3. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol*. 2014 Aug 10;5(3):465-77.
4. Aguiar PN Jr, Stock GT, Lopes GL Jr, et al. Disparities in cancer epidemiology and care delivery among Brazilian indigenous populations. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016 Jul-Sep;14(3):330-337
5. Vázquez ML, Vargas I. Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. *Organizaciones sanitarias integradas: Un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. 2009: pp 7-32.
6. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.
7. Terraza R, Vargas, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-495.
8. Vázquez ML, Vargas I. Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud. En: Vázquez ML, Vargas I, Mogollon-Perez AS, da Silva MR, Unger JP, De Paepe P. et al. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018: pp 3-20.
9. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit*. 2020;34(4):340-9.
10. World Health Organization (WHO). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. 2013. Disponible en: <https://www.who.int/southeastasia/publications-detail/9789241506236>
11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
12. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, International Agency for Research on Cancer. 2020. Disponible en:

<http://publications.iarc.fr/586>

13. World Health Organization (WHO). Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>
14. World Health Organization (WHO). Cancer control: early detection. WHO Guide for effective programmes. Geneva: World Health Organization. 2007. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547338>
15. Emery JD, Shaw K, Williams B, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014 Jan;11(1):38-48.
16. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol*. 2015 Sep;16(12):1231-72.
17. Roetzheim RG, Ferrante JM, Lee JH, et al. Influence of primary care on breast cancer outcomes among medicare beneficiaries. *Ann Fam Med*. 2012;10(5):401–11.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005;83(3):457–502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>
19. Okoli GN, Lam OL, Reddy VK, et al. Interventions to improve early cancer diagnosis of symptomatic individuals: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(11)
20. Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, et al. Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. *Ann Behav Med*. 2017;51(4):532-546.
21. Piñeros M, Laversanne M, Barrios E, et al. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *Lancet Reg Health Am*. 2022;13.
22. Qu LG, Brand NR, Chao A, et al. Interventions Addressing Barriers to Delayed Cancer Diagnosis in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Oncologist*. 2020;25(9).
23. Brand NR, Qu LG, Chao A, et al. Delays and Barriers to Cancer Care in Low- and MiddleIncome Countries: A Systematic Review. *Oncologist*. 2019;24(12).
24. Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, et al. Oncology services supply in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2018 Mar 30;49(1):89-96.
25. Castillo CSM, Cabrera MEC, Derio L, et al. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. *Rev. méd. Chile*. 2017 Dic; 145(12): 1507-1513.

26. Migowski A, Silva GAE, Dias MBK, et al. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II - New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cad Saude Publica*. 2018 Jun 21;34(6):e00074817.
27. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, et al. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III - Challenges for implementation. *Cad Saude Publica*. 2018 Jun 25;34(6):e00046317.
28. Peters, MDJ., Marnie, C, Tricco, AC, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*. 2020. 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
29. Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. In *Annals of Internal Medicine*. 2018. Vol. 169, Issue 7, pp. 467–473). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
30. Ruiz, EF, Proaño, A, Proaño, D, et al. The Latin America and the Caribbean search strategy proposal. *Global Health Promotion*. 2018;25(3), 60–64. <https://doi.org/10.1177/1757975916661089>
31. Leão, JC, Góes, P, Sobrinho, CB, et al. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005;34(4), 436–439. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2004.10.004>
32. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL de, et al. [Organization of public oral health services for early diagnosis of potentially malignant disorders in the state of Rio de Janeiro, Brazil]. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2016; 21(5), 1573– 1582. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>
33. Fernandes, NFS., Almeida, PF. de, Prado, NM de BL., et al. Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2021; 38, e0144– e0144. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0144>
34. Lombardo, EM, da Cunha, AR, Carrard, VC, et al. [Delayed referrals of oral cancer patients: the perception of dental surgeons]. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2014; 19(4), 1223–1232. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>
35. Perin DMP, Saraiya M, Thompson TD, et al. Providers' knowledge, attitudes, and practices related to colorectal cancer control in Brazil. *Preventive Medicine*. 2015; 81, 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2015.09.021>
36. Hallowell, BD, Puricelli Perin, DM, Simoes, EJ, et al. Breast cancer related perceptions and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units. *Preventive Medicine*. 2018; 106, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2017.11.002>
37. Stormo AR, de Moura L, Saraiya M. Cervical cancer-related knowledge, attitudes,

and practices of health professionals working in brazil's network of primary care units. *The Oncologist*. 2014; 19(4), 375–382. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0318>

38. Freire MMS., Zanin L, Flório FM. Câncer bucal: o que sabem os cirurgiões-dentistas da Baixada Litorânea-RJ? *Rev. Odontol. UNESP (Online)*. 2022; 51, e20220049–e20220049. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04922>

39. Ferreira MCM, Nogueira MC, Ferreira LCM, et al. Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)* 2022; 27(6), 2291–2302. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17002021>

40. Costa AMAM, Magluta C, Gomes Junior SC. Evaluation of continuing education of family health strategy teams for the early identification of suspected cases of cancer in children. *BMC Medical Education*. 2017; 17(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0993-1>

41. Silveira CEG, Silva TB, Fregnani JHGT, et al. Digital photography in skin cancer screening by mobile units in remote areas of Brazil. *BMC Dermatology*. 2014; 14, 19. <https://doi.org/10.1186/s12895-014-0019-1>

42. Basulto-Martínez M, Ojeda-Pérez JE, Velueta-Martínez IA, et al. Prostate cancer early detection among primary care physicians in Mexico: A cross-sectional study. *Cirurgia y Cirujanos*. 2021; 89(2), 163–169. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000232>

43. Leal-Leal CA, Dilliz-Nava H, Flores-Rojo M, et al. First contact physicians and retinoblastoma in Mexico. *Pediatric Blood and Cancer*. 2011; 57(7), 1109–1112. <https://doi.org/10.1002/pbc.23227>

44. Ortega-Olvera C, Torres-Mejía G, Sánchez-Zamorano et al. Knowledge and recommendations regarding breast cancer early screening in an upper middle income country: Primary and secondary health care professionals. *Preventive Medicine*. 2016; 86, 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.041>

45. Villarreal-Garza C, García-Aceituno L, Villa AR, et al. Knowledge about cancer screening among medical students and internal medicine residents in Mexico City. *Journal of Cancer Education : The Official Journal of the American Association for Cancer Education*. 2010; 25(4), 624–631.

46. de Angelis, C Pacheco C, Lucchini G, et al. The Experience in Nicaragua: Childhood Leukemia in Low Income Countries—The Main Cause of Late Diagnosis May Be “Medical Delay.” *International Journal of Pediatrics*. 2012, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2012/129707>

47. Morelato RA., Moretti C, Bolesina NJ, et al. Reexamination of delays in diagnosis of

oral cancer following an intervention program in Cordoba, Argentina. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2022; 133(3), 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.11.006>

48. Ortiz AP, Guiot HM, Díaz-Miranda OL, et al. Recognizing and treating anal cancer: training medical students and physicians in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*. 2013; 32(4), 209–212.

49. Vásquez L, Montoya J, Ugaz C, et al. ONCOPEDES: A mobile application to improve early diagnosis and timely referral in childhood cancer in a low- and middle-income country—A pilot study. *Pediatric Blood and Cancer*. 2021;68(4). <https://doi.org/10.1002/pbc.28908>

50. Coppelli L, Díaz LA, Riquelme A, et al. La derivación protocolizada a endoscopia asociada a la detección de *Helicobacter pylori* mediante antígeno en deposiciones disminuye lista de espera para endoscopia y optimiza la detección de lesiones pre-malignas y cáncer gástrico incipiente. *Rev. Méd. Chile*. 2019; 147(11), 1382–1389.

51. Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Velez-Mejia C, et al. Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model. In *J Global Oncol*. 2019.

52. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo J de A, et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2009;31(2):75–81.

53. Ferreira Barros Â, Uemura G, Lessa Soares de Macedo J. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2013;35(10):458–63.

54. Unger-Saldaña K, Peláez-Ballestas I, Infante-Castañeda C. Development and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer. *BMC Cancer*. 2012 Dec 28;12.

55. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, et al. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. *Cancer*. 2015 Jul 1;121(13):2198–206.

56. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, et al. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex*. 2009;51(5).

57. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan*. 2018;33(4):494-504.

58. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med.* 2017;182:10-19

Anexo 1. Lista de verificación “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews” (PRISMA-ScR)

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE/TÍTULO			
Title / Título	1	Identify the report as a scoping review. / <i>Identifique el informe como una revisión exploratoria.</i>	Página 1
ABSTRACT/RESUMEN			
Structured summary / <i>Resumen estructurado</i>	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, métodos de extracción de datos, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives. / <i>Proporcione un resumen estructurado que incluya (según corresponda): antecedentes, objetivos, criterios de elegibilidad, fuentes de evidencia, métodos de extracción, resultados y conclusiones que se relacionen con las preguntas y objetivos de la revisión.</i>	Página 3
INTRODUCTION / INTRODUCCIÓN			
Rationale / <i>Fundamento</i>	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach. / <i>Describa la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce. Explique por qué las preguntas/objetivos de la revisión se prestan a un enfoque de revisión exploratoria.</i>	Página 4
Objectives / <i>Objetivos</i>	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives. / <i>Proporcione explícitamente las preguntas y objetivos que se abordan con referencia a sus elementos clave (p.ej. población o participantes, conceptos y contexto) u otros elementos clave relevantes utilizados para conceptualizar las preguntas y/o los objetivos de la revisión.</i>	Página 5
METHODS / METODOLOGÍA			
Protocol and registration / <i>Protocolo y registro</i>	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number. / <i>Indique si existe un protocolo de revisión; indique si se puede acceder al mismo y dónde (p.ej. una dirección web) y, si está disponible, proporcione la información de registro, incluido el número de registro.</i>	
Eligibility criteria / <i>Criterios de elegibilidad</i>	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale. / <i>Especifique las características de las fuentes de evidencia utilizadas como criterios de elegibilidad (p.ej. antigüedad, idioma y el estado de la publicación) y proporcione una justificación.</i>	Página 5
Information sources ⁽¹⁾ / <i>Fuentes de información⁽¹⁾</i>	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed. / <i>Describa todas las fuentes de información en la búsqueda (p.ej. bases de datos con fechas de cobertura y contacto con los autores para identificar fuentes adicionales) así como la fecha en que se ejecutó la búsqueda más reciente.</i>	Página 5
Search / <i>Búsqueda</i>	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated. / <i>Presente la estrategia de búsqueda electrónica completa para al menos 1 base de datos, incluyendo los límites utilizados, de forma que pueda repetirse.</i>	Página 5 y anexo 2
Selection of sources of evidence ⁽²⁾ / <i>Selección de fuentes de evidencia</i>	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review. / <i>Describa el proceso de selección de fuentes de evidencia (p.ej. cribado y elegibilidad) incluidas en la revisión exploratoria.</i>	Página 5 y 7

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Data charting process / <i>Proceso de extracción de datos</i>	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. / <i>Describe el proceso de extracción de datos para responder a la pregunta de investigación, por ejemplo, tipo de intervención, características de la población, contextualización de los estudios.</i>	Página 6 y 7
Data items / <i>Datos</i>	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made. / <i>Enumere y defina todas las variables para las que los datos fueron buscados y cualquier hipótesis y simplificaciones realizadas.</i>	Página 6
Critical appraisal of individual sources of evidence ⁽³⁾ / <i>Valoración crítica de las distintas fuentes de información⁽³⁾</i>	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate). / <i>Si la hace, proporcione una justificación para realizar una evaluación crítica de las fuentes de evidencia incluidas describa los métodos utilizados (p.ej. Plantillas Caspe) y cómo se utilizó esta información en cualquier síntesis de datos (si procede).</i>	No realizado
Synthesis of results / <i>Síntesis de resultados</i>	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted. / <i>Describe los métodos de tratamiento y resumen de los datos extraídos.</i>	Página 6
RESULTS / RESULTADOS			
Selection of sources of evidence / <i>Selección de fuentes de evidencia</i>	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram. / <i>Indique el número de fuentes de evidencia seleccionadas, evaluadas por su elegibilidad e incluidas en la revisión, con las razones de las exclusiones en cada etapa, idealmente utilizando un diagrama de flujo⁽⁴⁾.</i>	Página 6
Characteristics of sources of evidence / <i>Características de los estudios seleccionados</i>	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations. / <i>Presente las características más relevantes analizadas en los estudios seleccionados y proporcione las citas, idealmente utilizando una tabla.</i>	Páginas 6-9
Critical appraisal within sources of evidence / <i>Valoración crítica dentro de las fuentes de evidencia</i>	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12). / <i>Si se hace, presente los datos sobre la valoración crítica de las fuentes de evidencia incluidas (ver punto 12).</i>	No realizado
Results of individual sources of evidence / <i>Resultados de las fuentes de evidencia individuales</i>	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives. / <i>Para cada estudio seleccionado, presente los datos relevantes que se extrajeron y que se relacionan con las preguntas y objetivos de la revisión.</i>	Páginas 10-17
Synthesis of results / <i>Síntesis de resultados</i>	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives. / <i>Resuma y/o presente los resultados extraídos en relación con las preguntas y los objetivos de la revisión.</i>	Páginas 6-9
DISCUSSION / DISCUSIÓN			
Summary of evidence / <i>Resumen de la evidencia</i>	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups. / <i>Resuma los principales resultados (incluyendo una visión general de los conceptos, temas y tipos de pruebas disponibles), vincúelos a las preguntas y objetivos de la revisión y considere la relevancia para los grupos clave.</i>	Página 19
Limitations / <i>Limitaciones</i>	20	Discuss the limitations of the scoping review process. / <i>Discuta las limitaciones del proceso de la revisión exploratoria.</i>	Página 19
Conclusions / <i>Conclusiones</i>	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps. / <i>Proporcione una interpretación general de los resultados con respecto a las preguntas y objetivos de la revisión, así como las posibles implicaciones y/o los próximos pasos.</i>	Páginas 19 y 20
FUNDING / FINANCIACIÓN			
Funding / <i>Financiación</i>	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review. / <i>Describe las fuentes de financiación de las fuentes de evidencia incluidas, así como las fuentes de financiación de la revisión exploratoria. Describe el papel de los financiadores de la revisión exploratoria.</i>	No realizado

Anexo 2. Estrategia de búsqueda

a) Estrategia de búsqueda en Pubmed (Resultados con fecha 26/04/2024)

<p>((("Anguilla" OR "Antigua and Barbuda" OR "Argentina" OR "Aruba" OR "Bahamas" OR "Barbados" OR "Bolivia" OR "Belice" OR "Belize" OR "Brasil" OR "Brazil" OR "British Virgin Islands" OR "Cayman Islands" OR "Chile" OR "Colombia" OR "Costa Rica" OR "Cuba" OR "Dominica" OR "Dominican Republic" OR "Republica Dominicana" OR "Ecuador" OR "El Salvador" OR "French Guiana" OR "Grenada" OR "Guadalupe" OR "Guatemala" OR "Guiana" OR "Guyana" OR "Haiti" OR "Honduras" OR "Leeward Islands" OR "Jamaica" OR "Martinique" OR "Mexico" OR "Montserrat" OR "Netherlands Antilles" OR "Nicaragua" OR "Panama" OR "Paraguay" OR "Peru" OR "Puerto Rico" OR "Saint Kitts and Nevis" OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR "Suriname" OR "Surinam" OR "Trinidad and Tobago" OR "Turks and Caicos Islands" OR "Uruguay" OR "Venezuela" OR "Virgin Islands of the United States" OR "Windward Islands" OR "Caribbean" OR "Central America" OR "Latin America" OR "South America" OR "West Indies")) AND (delivery of health care, integrated[MeSH Terms]) OR (care coordination) OR (clinical coordination) OR (capacitation) OR (medical education) OR (fast-track referral)) OR (referral pathway) OR (remote consult) OR (electronic consult) OR (videoconference) OR (virtual conference) OR (referral and consultation[MeSH Terms]) OR (telephone consultation) AND (early detection of cancer[MeSH Terms]) OR (delayed diagnosis[MeSH Terms]) AND (neoplasms by site [MeSH Terms]))</p>	<p>#1</p>
<p>((("Anguilla" OR "Antigua and Barbuda" OR "Argentina" OR "Aruba" OR "Bahamas" OR "Barbados" OR "Bolivia" OR "Belice" OR "Belize" OR "Brasil" OR "Brazil" OR "British Virgin Islands" OR "Cayman Islands" OR "Chile" OR "Colombia" OR "Costa Rica" OR "Cuba" OR "Dominica" OR "Dominican Republic" OR "Republica Dominicana" OR "Ecuador" OR "El Salvador" OR "French Guiana" OR "Grenada" OR "Guadalupe" OR "Guatemala" OR "Guiana" OR "Guyana" OR "Haiti" OR "Honduras" OR "Leeward Islands" OR "Jamaica" OR "Martinique" OR "Mexico" OR "Montserrat" OR "Netherlands Antilles" OR "Nicaragua" OR "Panama" OR "Paraguay" OR "Peru" OR "Puerto Rico" OR "Saint Kitts and Nevis" OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR "Suriname" OR "Surinam" OR "Trinidad and Tobago" OR "Turks and Caicos Islands" OR "Uruguay" OR "Venezuela" OR "Virgin Islands of the United States" OR "Windward Islands" OR "Caribbean" OR "Central America" OR "Latin America" OR "South America" OR "West Indies")) AND (referral and consultation[MeSH Terms])) OR (delayed diagnosis[MeSH Terms])) AND (early detection of cancer[MeSH Terms]))</p>	<p>#2</p>

(((("Anguilla" OR "Antigua and Barbuda" OR "Argentina" OR "Aruba" OR "Bahamas" OR "Barbados" OR "Bolivia" OR "Belice" OR "Belize" OR "Brasil" OR "Brazil" OR "British Virgin Islands" OR "Cayman Islands" OR "Chile" OR "Colombia" OR "Costa Rica" OR "Cuba" OR "Dominica" OR "Dominican Republic" OR "Republica Dominicana" OR "Ecuador" OR "El Salvador" OR "French Guiana" OR "Grenada" OR "Guadalupe" OR "Guatemala" OR "Guiana" OR "Guyana" OR "Haiti" OR "Honduras" OR "Leeward Islands" OR "Jamaica" OR "Martinique" OR "Mexico" OR "Montserrat" OR "Netherlands Antilles" OR "Nicaragua" OR "Panama" OR "Paraguay" OR "Peru" OR "Puerto Rico" OR "Saint Kitts and Nevis" OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR "Suriname" OR "Surinam" OR "Trinidad and Tobago" OR "Turks and Caicos Islands" OR "Uruguay" OR "Venezuela" OR "Virgin Islands of the United States" OR "Windward Islands" OR "Caribbean" OR "Central America" OR "Latin America" OR "South America" OR "West Indies"))) AND (medical education)) OR (delayed diagnosis[MeSH Terms])) AND (early detection of cancer[MeSH Terms])	#3
((#1) OR (#2)) OR (#3)	4818 resultados

b) Estrategia de búsqueda en LILACS (Resultados con fecha 26/04/2024)

(referral pathway) OR (referral and consultation) OR (fast-track referral) OR (consultation) AND (early detection of cancer)	19
(medical education) AND (early detection of cancer)	23
(care coordination) AND (early detection of cancer)	9
(clinical coordination) AND (early detection of cancer)	1
Total	52 resultados

c) Estrategia de búsqueda en SciELO (Resultados con fecha 26/04/2024)

(referral pathway) OR (referral and consultation) OR (fast-track referral) OR (consultation) AND (early detection of cancer)	57
(medical education) AND (early detection of cancer)	47
(care coordination) AND (early detection of cancer)	9
(clinical coordination) AND (early detection of cancer)	3
Total	116 resultados

d) Estrategia de búsqueda en Google Scholar (Resultados con fecha 26/04/2024)

"early detection of cancer care coordination latin america"	4 seleccionados
---	------------------------

Tareas del estudiante

Tareas	Programado en Protocolo	Desarrollado en el Trabajo Final de Master	Observaciones
a) Diseño de la estrategia de búsqueda bibliográfica	Si	Si	
b) Identificación artículos sobre Coordinación Clínica entre niveles de atención en el proceso diagnóstico del cáncer y/o intervenciones para su mejora	Si	Si	Además, como factor asociado, se incluyeron estudios que evalúen el conocimiento de profesionales de Atención Primaria, como otro pilar para la mejora los retrasos diagnósticos
c) Selección de artículos según criterios de inclusión	Si	Si	Artículos con dudas sobre elegibilidad fueron debatidos tras revisión independiente por parte de las directoras del TFM
d) Lectura y análisis de artículos seleccionados	Si	Si	
e) Extracción de datos relativos a las características del estudio	Si	Si	
f) Interpretación y síntesis de resultados	Si	Si	
g) Redacción del Trabajo Final de Máster	Si	Si	